The Senate

The Health of Canadians - The Federal Role

Interim Report of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology

Chair:
The Honourable Michael J.L. Kirby

Deputy Chair:
The Honourable Marjory LeBreton

March 2001

Volume One: The Story so Far

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology

Interim Report on
the state of health care system in Canada

The Health of Canadians – The Federal Role
Volume One – The Story So Far

Chair
The Honourable Michael J. L. Kirby

Deputy Chair
The Honourable Marjory LeBreton

MARCH 2001

101-04389/

TABLE OF CONTENTS

ORDER OF REFERENCE iii

MEMBERSHIP iv

FOREWORD v

INTRODUCTION 1

CHAPTER ONE: 5

Historical Background on Public Health Care Insurance and the Role of the Federal Government in Financing Health Care 5

1.1 Federal Role in Health and Health Care 5
1.2 Cost-Sharing Arrangements 7
1.3 Functioning of the EPF Block Funding 11
1.4 The CHST 15
1.5 Tax Points versus Cash Transfers 20
1.6 The Federal Contribution to Health Care 22
1.7 The Need for Stability in Federal Funding 24
1.8 Accountability in the Use of Federal Health Care Dollars 27

CHAPTER TWO: 31

National Principles for Health Care and the Advent of the *Canada Health Act* 31

2.1 The Origins of the Canada Health Act 31
2.2 Definition/Interpretation of the National Principles and their Application 34
2.3 Enforcement Penalties under the Canada Health Act 37
2.4 Is the Canada Health Act *Still Relevant?* 39
2.5 Committee Commentary 40

CHAPTER THREE: 45

Public Expectations about Health Care 45

3.1 Health Care is an Important Public Policy Concern 45
3.2 Canadians Are Concerned About Quality, Access and Universality 47
3.3 Health Care is a Priority 48
3.4 Health Care is a Federal/Provincial Partnership 51
3.5 Support for the Principles of the Canada Health Act *is High* 52
3.6 Decreasing Support for User Charges and Private Initiatives 53
3.7 Committee Commentary 53

CHAPTER FOUR: **57**

Trends in Health Care Expenditures 57

4.1 Global Trends – From 1975 to 2000 ..... *58*

4.2 Public versus Private Spending *61*

4.3 Categories of Expenditures *63*

4.4 International Comparisons *65*

4.5 Health Care is a Priority in the Provinces *70*

4.6 Committee Commentary *71*

CHAPTER FIVE: **73**

Health Status and the Concept of Population Health 73

5.1 Health Status of Canadians *73*

5.2 How Does Canada Compare to Other Countries? *77*

5.3 Health Care Expenditures and Health Status *80*

5.4 The Concept of Population Health *81*

5.5 What Makes Canadians Healthy or Unhealthy? *87*

5.6 Committee Commentary *89*

CHAPTER SIX: **93**

Myths and Realities 93

6.1 Myths About Rising Health Care Costs *93*

6.2 Myths About Public Financing *95*

6.3 Myths About the Canada Health Act *97*

6.4 Myths About Privatization *102*

6.5 Myths About Health Care Utilization *107*

6.6 Myths About the Health Status of the Population *108*

6.7 Myths About the Need for Change *111*

6.8 Myths About Health Care Providers *113*

CONCLUSION **117**

The Next Steps *117*

APPENDIX A - LIST OF WITNESSES **A-1**

ORDER OF REFERENCE

Extract from the *Journals of the Senate* of March 1, 2001:

Resuming debate on the motion of the Honourable Senator LeBreton, seconded by the Honourable Senator Kinsella:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report upon the state of the health care system in Canada. In particular, the Committee shall be authorized to examine:

(a) The fundamental principles on which Canada's publicly funded health care system is based;

(b) The historical development of Canada's health care system;

(c) Health care systems in foreign jurisdictions;

(d) The pressures on and constraints of Canada's health care system; and

(e) The role of the federal government in Canada's health care system;

That the papers and evidence received and taken on the subject and the work accomplished during the Second Session of the Thirty-sixth Parliament be referred to the Committee;

That the Committee submit its final report no later than June 30, 2002; and

That the Committee be permitted, notwithstanding usual practices, to deposit any report with the Clerk of the Senate, if the Senate is not then sitting; and that the report be deemed to have been tabled in the Chamber.

After debate,

The question being put on the motion, it was adopted.

ATTEST :

Paul C. Bélisle
Clerk of the Senate

MEMBERSHIP

Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology

The Honourable Michael J. L. Kirby, Chair
The Honourable Marjory LeBreton, Deputy Chair

The Honourable Senators :

Catherine S. Callbeck
Erminie J. Cohen
Joan Cook
Jane Marie Cordy
Joyce Fairbairn
Alasdair B. Graham
Janis G. Johnson
Lucie Pépin
Douglas Roche
Brenda Robertson

* Sharon Carstairs (or Fernand Robichaud)
* John Lynch-Staunton (or Noel A. Kinsella)

Original Members agreed to by Motion of the Senate :

The Honourable Senators :

Callbeck, *Carstairs (or Robichaud), Cohen, Cook, Cordy, Graham, Fairbairn, Kirby, Johnson, LeBreton, *Lynch-Staunton (or Kinsella), Pépin, Roche, Robertson

Other Senators who participated in the work of the Committee during the First Session of the Thirty-Seventh Parliament and the Second Session of the Thirty-Sixth Parliament:

The Honourable Senators :

Atkins, Banks, Keon, Losier-Cool, Mahovlich, Meighen, Morin, Murray, Robichaud F. and Wilson

* *Ex Officio* members

FOREWORD

Canada's publicly-funded health care system has always sparked emotional discussion. Providing a forum that allows for the rational debate of issues affecting the federal government's role in Canada's heath care system is therefore a significant challenge. It is with this goal in mind that the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology undertook this study.

This Phase 1 report is the product of our work so far and is the first of five reports. In order to plan for the future, we need to understand how we got to where we are today. This report presents the history of Canada's publicly funded health care system, what we have learned about what factors affect the health status of Canadians, and presents some of the myths and realities surrounding the health care debate. It is the story so far.

Phase 2 will examine the pressures that will be exerted on Canada's health care system over the coming years. Phase 3 will describe how other countries have structured their health care systems, including several countries that have universal health care systems that are significantly different from Canada's. Phase 4 will take the lessons from the first three phases (the past, future pressures, and other countries systems) and will present options for renewal and reform of the federal role in the Canadian health care system. This fourth report will form the basis for a broad discussion and debate with Canadians from all backgrounds and regions of the country. Phase 5 will present the results of this discussion along with the Committee's recommendations for change.

This first report would not have been possible without the assistance of many people from across Canada. We would like to thank the many witnesses who appeared or sent submissions to enlighten us on the history of publicly-funded health care in Canada, the changing health status of Canadians, the challenges we face now, and what can be done to improve our health care system in the future. Although this report is being tabled in the 37th Parliament, it could not have been written without the dedicated interest and contribution of the members of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology from the 2nd session of the 36th Parliament, as well as the many Senators who came to listen to witnesses or to replace one of us temporarily. We look forward to continuing our work in a completely non-partisan, consensus-driven atmosphere.

We hope that you will follow and join in the debate. The sustainability of our most prized social program is at stake. We owe it to ourselves to ensure that its future is debated in a rational, objective way.

The Honourable Michael J.L. Kirby
Chair

The Honourable Marjory LeBreton
Deputy Chair

THE HEALTH OF CANADIANS
THE FEDERAL ROLE
VOLUME ONE – THE STORY SO FAR

INTRODUCTION

In December 1999, during the Second Session of the Thirty-Sixth Parliament, the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology received a mandate from the Senate to study the state of the Canadian health care system and to examine the evolving role of the federal government in this area. The Senate renewed the mandate of the Committee in the First Session of the Thirty-Seventh Parliament. The terms of reference adopted by the Senate for the purpose of this study read as follows:

> *That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report upon the state of the health care system in Canada. In particular, the Committee shall be authorized to examine:*
>
> *a) The fundamental principles on which Canada's publicly funded health care system is based;*
>
> *b) The historical development of Canada's health care system;*
>
> *c) Publicly funded health care systems in foreign jurisdictions;*
>
> *d) The pressures on and constraints of Canada's health care system; and*
>
> *e) The role of the federal government in Canada's health care system.*[1]

In response to this broad and complex mandate, in March 2001, the Committee re-launched its multi-year and multi-faceted study comprising five major phases. Table 1 provides information on each individual phase and their respective timeframes.

[1] Debates of the Senate (Hansard), 2nd Session, 36th Parliament, Volume 138, Issue 23, December 16, 1999.

TABLE 1
HEALTH CARE STUDY:
INDIVIDUAL PHASES AND PROPOSED TIMEFRAMES

Phases	Content	Timing	Release Of Report
Phase 1	Historical Background and Overview	Winter/Fall 2000	March 2001
Phase 2	Future Trends, Their Causes and Impact on Health Care Costs	Winter/Spring 2001	June 2001
Phase 3	Models and Practices in Other Countries	Winter/Spring 2001	June 2001
Phase 4	Development of Options Paper	Summer 2001	September 2001
Phase 5	Hearings on Options Paper and Development of Final Report and Recommendations	Fall 2001	March 2002

The purpose of this report is to present the evidence obtained in the first phase of the Committee's study on health care. The objectives of Phase One were to:

- retrace the federal government's role in the Canadian health care system, and, more specifically, review the initial federal legislation regarding hospital and medical care;
- reexamine the rationale for the enactment of the *Canada Health Act*;
- look into the evolution of federal funding for health care;
- review the most important facts and trends relating to or affecting the Canadian health care system, in terms of both health care expenditures and health status indicators;
- explore the current thinking about the system, including public opinion and areas of consensus/dissension among recognized Canadian authorities; and
- examine current myths and realities concerning Canada's health care system.

In order to meet the objectives of Phase One, the Committee heard from a wide range of witnesses, including former federal and provincial ministers and deputy ministers, health

economists, experts in Canadian history, public health administration, public policy and health ethics, officials from Health Canada and the Department of Finance, selected health care organizations, Canadian pollsters and representatives from the Canadian Institute for Health Information. We are most grateful for their invaluable contribution.

For the purposes of our study, we defined health care as any activity the primary objective of which is to improve or maintain the health of individuals or to prevent the deterioration of their health. This definition is very broad and encompasses health promotion, disease prevention, health protection, public health and health research, as well as diagnostic services and treatment of disease. It also includes a wide variety of health care delivery sites (hospital, home, community, clinic, etc.) and a broad range of health care providers (physicians, nurses, nurse practitioners, pharmacists, physiotherapists, caregivers, etc.).

Our definition of health care contrasts with the narrow range of health services covered under the *Canada Health Act*, which is limited to hospitals and physician services. Moreover, the shift away from institutional care towards more home care and community care has meant that, increasingly, many important health services are not covered by the Act.

We feel that these two concepts – the broad concept of health care and the narrow application of the *Canada Health Act* – must be put into perspective as solutions for reforming Canada's publicly funded health care system, which is currently centred around the *Canada Health Act*, may lie in adopting a broader vision of health and health care.

This report consists of six chapters. Chapter One provides historical information about public health care insurance in Canada and about the federal government's involvement in health care funding. Chapter Two traces the evolution of nation-wide principles in the Canadian health care system and their implementation and administration by the federal government. Chapter Three discusses past and present public attitudes towards, and public expectations of, the health care system. Chapter Four briefly reviews previous and current trends in health care spending, with comparative data from Canada and other OECD countries. Chapter Five provides information on the health status of Canadians and explains

the concepts of "health determinants" and "population health". Chapter Six discusses myths and realities in an attempt to clarify many of the misconceptions in order to ensure an informed, fact-based debate on health care.

CHAPTER ONE:

HISTORICAL BACKGROUND ON PUBLIC HEALTH CARE INSURANCE AND THE ROLE OF THE FEDERAL GOVERNMENT IN FINANCING HEALTH CARE

The history of public health care insurance in Canada is a vast, complex and long-standing subject of study. The federal government's role in the context of health care, particularly in terms of financing mechanisms, has changed substantially over the years.[2]

> *The delivery and means of financing health services on a universal basis has been a long-standing subject of study. It was the subject of several commissions in the 1930s and 1940s.*
>
> *Abby Hoffman, Senior Policy Advisor, Health Canada (13:1).*

1.1 Federal Role in Health and Health Care

During the Committee's hearings, a few witnesses gave an overview of the basis for the federal role in health and health care. The following is a summary of their observations.

Under the Constitution, the provinces are responsible for delivering health care to the majority of Canadians, but the federal government also has a number of roles and responsibilities in areas that affect health and health care. The first, and most direct, is ensuring access to health care to specific groups of people, including primary care to First Nations and Inuit communities, and other services to the RCMP, Correctional Services, the Armed Forces and veterans.

> *While provincial governments have primary responsibility for health care delivery, the field of health is not assigned exclusively to either order of government. There are very well-established and well-developed mechanisms for intergovernmental collaboration in health.*
>
> *Abby Hoffman*, Senior Policy Advisor, Health Canada (13:5).

The second area of responsibility falls under the broad category of health protection. For example, Health Canada regulates the safety and efficacy of pharmaceuticals and medical

[2] In this report, the testimony received by witnesses printed in the *Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology* will be hereinafter referred to only by issue number and page number within the text.

devices; the Department of Fisheries and Oceans monitors the safety of the fish and seafood we buy; and Environment Canada watches over our land, air and water quality.

The third federal role in health encompasses health promotion, disease prevention and education strategies. These strategies focus on educating, informing and encouraging individuals to take an active part in enhancing their own health and well-being.

> *We currently describe the federal mission in health as being that of helping the people of Canada to maintain and improve their health. We do that through work in three broad areas. One pertains to national health policy and systems, including in particular our publicly funded health care system. The second area pertains to our work in the fields of health promotion and protection, including disease, illness, and injury prevention. The third area pertains to our particular roles with respect to the health and health care services of First Nations and Inuit.*
>
> *Abby Hoffman, Senior Policy Advisor, Health Canada (13:5).*

The fourth area of federal involvement is in health research. For 40 years, the federal government provided significant funds to health research through the Medical Research Council (MRC). In 1999, this role was expanded through the creation of the Canadian Institutes of Health Research (CIHR) as MRC's replacement. CIHR is the major federal agency responsible for funding health research in Canada.

The fifth, and perhaps most important, area of federal responsibility is financial support of provincial health care systems. Professor Keith Banting, Director of the School of Policy Studies at Queen's University (Kingston, Ontario), told the Committee that federal involvement in health care delivered by the provinces stems mainly from its constitutional "spending power":

> The spending power in our Constitution is assumed to lie with the federal government – to make payments to individuals, to institutions, or to provincial governments, and to make payments even in areas of policy that it does not have the constitutional authority to legislate on or regulate. (...) This authority is not written formally into the Constitution but has been inferred constitutionally from a number of other jurisdictions. This power was core to the development of the welfare state in this country and core to the development of health policy.[3]

[3] Keith Banting (9:62).

Under its spending power, the federal government can spend money that it has raised through taxation or otherwise and set conditions on the disposition of funds. The Committee was told that the federal spending power is the basis for transferring funds to the provinces to be used for health care, and for administering and enforcing the *Canada Health Act*. As we will see below, the federal government's role in financially supporting provincial health care delivery is important and has a long history.

1.2 Cost-Sharing Arrangements

Canada's publicly funded health care system – or "Medicare" as it is usually called – has evolved into its present form over five decades. Prior to the late 1940s, private medicine and private insurance dominated health care in Canada, and access to care depended on one's ability to pay.

Tom Kent, a former federal deputy minister and senior policy advisor to Lester B. Pearson, explained that the underlying objective of federal health care policy was essentially to ensure timely access to necessary health services without undue financial impediment:

> The number of Canadians who knew life before Medicare will very soon be, if it is not already, a minority. Of course, how life was before was the essential reason Medicare developed. As you all know, before that, treatment could be a financial disaster even for well-to-do people, and many poorer people just did not get care when it was needed. The aim of public policy was quite clearly and simply to change that situation to make sure that people could get care when it was needed without regard to other considerations.[4]

The trend toward universal, publicly financed health care insurance began in 1947 when the province of Saskatchewan introduced a public and universal insurance plan for hospital services. Then, in 1957, the federal government introduced the *Hospital Insurance and Diagnostic Services Act* in order to encourage the development of hospital insurance plans in all provinces. Through the provisions of the Act, the federal government offered to share the

[4] Tom Kent (13:30).

costs of eligible hospital and diagnostic services with the provinces on a roughly 50-50 basis.[5] As a condition for receiving federal money, the provinces agreed to make insured services available to all their residents, under uniform terms and conditions. By 1961, all provinces had signed agreements establishing public insurance plans that provided universal coverage for in-patient hospital care.

In 1962, Saskatchewan once again led the way by extending public health care insurance to physician services provided outside of hospitals. In 1964, the Royal Commission on Health Services, chaired by the Hon. Justice Emmett Hall, recommended that the federal government establish a public medical care insurance plan similar to that available to residents of Saskatchewan. In response to the report of the Hall Commission, the federal government introduced in 1966 the *Medical Care Act*, under which it paid approximately half the costs of eligible physician services.[6] To qualify for federal funding, provincial medical insurance plans were required to satisfy four conditions relating to: public administration, portability, universality and comprehensiveness. By 1972, all provinces had extended their health care insurance plans to include physician services.

> ***In 1964, the Royal Commission on Health Services reviewed the health system and recommended that the federal government also enter into agreements with the provinces to share the costs of comprehensive, universal medical care for their residents, sustaining the view that pre-paid access to medically necessary physician care for all Canadians was equitable, cost-effective and socially responsible.***
>
> ***Abby Hoffman, Senior Policy Advisor, Health Canada, (13:10).***

Also in 1966, the federal government introduced the Canada Assistance Plan (CAP). While the main purpose of this federal-provincial program was to cost-share comprehensive welfare services, it also covered the costs of certain health services required by welfare

[5] Payments due to the provinces under the *Hospital Insurance and Diagnostic Services Act* were calculated as follows: a province's entitlement in a given year was equal to 25% of the average national per capita cost of the insured services, plus 25% of the cost of the insured services per resident of that province multiplied by the population of that province in that year. Overall, the federal government's contribution was equal to about 50% of the cost of insured services in Canada, although it was more in the provinces where the per capita costs were lower than the national average and less in the other provinces.

[6] Under the *Medical Care Act*, a province's entitlement in a given year was equal to 50% of the average national per capita cost of insured services multiplied by the population of that province in that year. As a result, all provinces received equal per capita transfers, although the federal contribution as a proportion of total provincial expenditures varied from one province to another.

recipients but not funded through Medicare or supplementary provincial health care insurance plans including mainly prescription drugs, as well as dental and vision care.

During our hearings, witnesses identified a number of disadvantages associated with the cost-sharing arrangements under both the *Hospital Insurance and Diagnostic Services Act* and the *Medical Care Act*:

- unpredictable for the federal government;
- extremely cumbersome to administer;
- inflexible federal funding, which stifled innovation;
- perceived federal intrusion into an area of provincial jurisdiction.

The Hon. Marc Lalonde, a former federal Minister of Health and Minister of Finance, stated that since federal transfers to provinces were tied to provincial health care spending initiatives, shared-cost programs were proving to be expensive for the federal government, and these costs were unpredictable:

> As for the federal government (...), [w]e were stuck with paying 50 per cent of what the provinces wanted to spend in the areas covered, without having any say at all on the allocation of funding by the provincial governments. There was at the time a great desire for predictability of the federal government's obligations.[7]

Tom Kent, who is regarded by some as the father of Canadian Medicare, explained that these cost-sharing arrangements were both cumbersome to administer and perceived as an intrusion into an area of provincial jurisdiction:

> (...) how were 50 per cent of the costs reckoned? Hospital insurance had been based on provinces signing agreements that required them to give quite detailed undertakings and be involved in a good deal of federal vetting

> ***Until then, provinces had come forward to present detailed reports on their programming, and federal officials had to make decisions about whether this particular program – for example, a particular home for the elderly – fell inside or outside the terms of the shared-cost program. Many detailed decisions were being made in Ottawa, which, in effect, was a deeper intervention and deeper administrative control over provincial jurisdiction.***
>
> ***Keith Banting***
> ***Queen's University (9:64).***

[7] Hon. Marc Lalonde (15:7).

> of what they did. There were objections of principle to that as an intrusion of jurisdiction and a distortion of provincial priorities. Certainly, also very important to both provincial and federal governments, it was very tiresome to administer.[8]

Mr. Lalonde also indicated that the provinces were concerned that funding under the federal legislation was inflexible because it was limited to hospital and physician services. In his view, this generated distortion in the allocation of health care resources and discouraged innovation:

> (...) the system in place discouraged innovation and concentrated resources in the most costly areas, namely health, hospital insurance and medical insurance. (...) Over time, we realized that this concept of health care was rather narrow and that there was a less costly alternative to hospitalization for a good many types of treatment. Unfortunately, this alternative was not eligible for cost sharing with the federal government. (...) [For example] the Government of Quebec wanted to set up local community service centres to take the overflow from the hospitals, promote less specialized services and improve accessibility. It however found itself in a situation where it was forced to absorb 100 per cent of the costs.[9]

In 1977-78, the 50-50 federal provincial cost-sharing arrangements were replaced by the Established Programs Financing (EPF), a block funding transfer mechanism that combined federal transfers for hospital services and medical care with transfers for post-secondary education. The same year, the federal government also implemented the Extended Health Care Services Program (EHCSP) to provide financial assistance to provinces for ambulatory care, nursing home intermediate care, adult residential care and home care. Transfers under the EHCSP were tied to the EPF block fund.

> *The new system, called block funding, said that the federal government would make a general contribution to the provinces to cover health and post-secondary education. There would no longer be an exact fit between expenditures and transfers – that is, the federal government would make a general transfer that would not be based on what the provinces were spending but would grow over time with the rate of growth in the economy. The amount transferred would be unrelated to how much the province had actually spent.*
>
> *Keith Banting*
> *Queen's University (9:64).*

[8] Tom Kent (13:33).
[9] Hon. Marc Lalonde (15:6-7).

1.3 Functioning of the EPF Block Funding

Under the EPF, each province received an equal per capita transfer for health care and post-secondary education. About 70% of all EPF transfers were notionally earmarked for the "health care" component, while the remaining 30% were notionally tied to the "education" component. This breakdown was arbitrary, because EPF was a "block" funding mechanism. Unlike shared-cost programs, EPF transfers were not linked to the provinces' own expenditures on health care and post-secondary education. Furthermore, these percentages did not necessarily reflect equal apportionment at the provincial level, since provinces were able to use EPF transfers according to their own priorities.

EPF entitlements comprised two components, a tax transfer and a cash transfer. Under the tax transfer, the federal government ceded a certain tax room to the provinces through the transfer of tax points. To do this, it reduced its tax rates while the provinces increased their rates by an equivalent amount. This procedure resulted in a reallocation of revenue between the two levels of government: federal revenue was reduced by an amount equivalent to the increase in the provincial governments' revenues. The fiscal burden on taxpayers remained the same because, although they paid more provincial tax, they paid less federal tax.[10] The cash transfer, which was a payment made periodically by cheque, matched the difference between the total EPF entitlement of each province and the value of the tax transfer.

Originally, the basic payment under EPF was calculated on an initial per capita amount, determined in 1975-76, which was then adjusted each year, according to an escalator that reflected the rate of growth in the gross domestic product (GDP)[11] per capita.[12] To

---

[10] Under EPF, the federal tax transfer was 13.5 tax points on personal income tax and one tax point on corporate income tax. The provinces whose fiscal strength was lower than a provincial standard received equalization payments to bring their transfer up to that standard (the provinces making up the standard were Quebec, Ontario, Manitoba, Saskatchewan and British Columbia). As part of its opting-out agreements, Quebec received a special abatement of 8.5 additional tax points on personal income. Because of this additional abatement, Quebec received a relatively larger share of its federal contribution than the other provinces in the form of transferred tax points and a smaller share in the form of cash. In total, however, Quebec's per capita entitlement under EPF was exactly the same as those of other provinces.

[11] The GDP measures the value of all goods, services and investment in a country during a defined period of time, usually a year.

[12] The initial per capita entitlement amounted to $144.34 for hospital and medical care, $68.31 for post-secondary education and $20.00 for extended health care.

determine the total value of a province's EPF entitlement, the initial per capita amount was multiplied by the escalator and then by the population of that province.

In an effort to reduce the federal deficit, the escalator was modified on several occasions. In 1983-84 and 1984-85, the escalator associated with the education portion of EPF was capped at 6% and 5% respectively (if the formula based on the growth in the GDP per capita had been used, the education component of EPF would have increased by 9% in 1983-84 and by 8% in 1984-85). For all other years, the escalator for post-secondary education was the same as for health care.

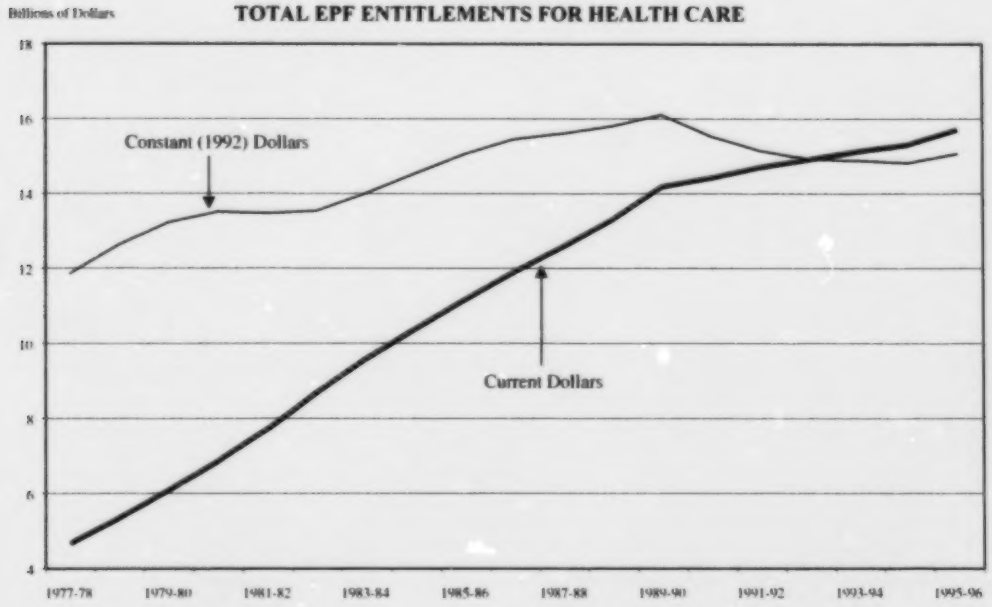
From 1986-87 to 1989-90, the escalator used to calculate total EPF entitlements was reduced by 2%. After this period, and until 1994-95, per capita transfers were frozen at their 1989-90 levels, so that increases in transfer payments hinged on population growth in each province (about 1%). For 1995-96, the escalator was decreased by 3% and the result was a negative escalator (almost -1.0%, according to the Federal-Provincial Relations Division of the Department of Finance); this meant a decrease in per capita transfers, given the fact that GDP growth was less than 3%.

Graph 1.1 depicts total EPF entitlements for health care in both current and constant dollars. Expressed in current (nominal) dollars, total EPF transfer payments for health care increased continually, although the growth rate slowed down considerably in the late 1980s. When adjusted for inflation and converted into constant (1992) dollars, however, EPF entitlements for health care began to decline in 1989-90. Because of its deficit and its desire to reduce expenditures, in the late 1980s and early 1990s the federal government gradually levelled off its real contribution to health care to the provinces.

In order to obtain an idea of the magnitude in the reduction of federal funding, we asked the Library of Parliament to estimate the shortfall in provincial revenues due to the constraints on the growth of EPF transfers for health care. Two different ways of computing these losses were used. The first computation results in an estimate of the difference between actual EPF entitlements and the theoretically possible value of federal transfers to provinces

if no changes had ever been made in EPF. The second computation is of a different nature as it compares the legislated changes to the EPF formula from one period to the next one. It yields the difference between actual EPF entitlements for health care and the level of transfers the provinces would have otherwise received if we assume that the formula used in the preceding period had been maintained. The results of these calculations are provided in Table 1.1. While these numbers should be used with caution, it is clear that the provinces incurred continual losses in federal transfers for health care between 1986-87 and 1995-96.

GRAPH 1.1
TOTAL EPF ENTITLEMENTS FOR HEALTH CARE



Source: Department of Finance, Special Computation, 21 July 2000, and Library of Parliament.

Some witnesses suggested that, while this might not have been the initial intent of EPF, block funding allowed the federal government to cut its financial commitment to health care. For instance, the Hon. Marc Lalonde commented:

> I wish to emphasize that the intent at the time was not to reduce the federal contribution to the services already covered, but it is obvious that subsequent

events proved that it was perhaps easier for the federal government to do this under the 1977 program than previously.[13]

TABLE 1.1
ESTIMATED SHORTFALLS IN PROVINCIAL REVENUES DUE TO CONSTRAINTS ON THE GROWTH OF EPF TRANSFERS FOR HEALTH CARE

	Results of First Computation (in dollars)	Results of Second Computation (in dollars)
1986-87	226,309,946	226,309,946
1987-88	486,176,584	486,176,584
1988-89	779,908,361	779,908,361
1989-90	1,119,885,311	1,119,885,311
1990-91	2,235,404,086	1,923,289,637
1991-92	3,091,649,580	2,428,407,569
1992-93	3,516,854,362	2,485,271,924
1993-94	3,688,879,572	2,287,699,962
1994-95	3,935,164,742	2,152,824,719
1995-96	4,533,434,766	2,270,889,679
TOTAL	23,613,667,310	16,160,663,692

Source: Department of Finance and Library of Parliament.

This, however, was detrimental to the federal government's visibility in the field of health care:

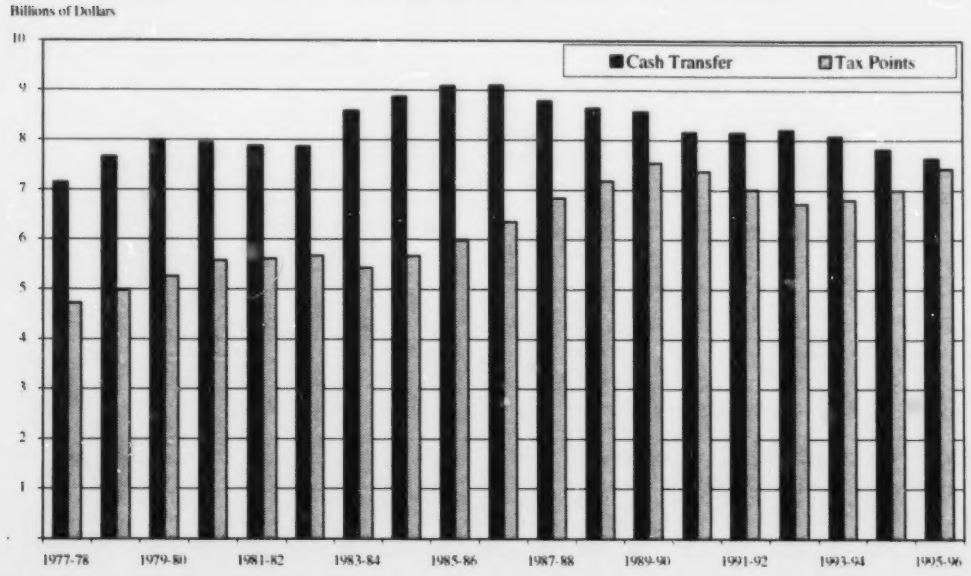
> It was obviously more difficult to evaluate the specific federal contribution to each program since you had payments covering a group of programs and since there was no specific allocation, contrary to what had previously been the case (...). Without a doubt this brought a certain reduction of the political visibility of the federal government's contribution.[14]

Graph 1.2 shows the diverging paths of transfers in the form of cash and tax points resulting from the limits to the overall rate of growth in EPF entitlements. While the cash transfers for health care declined continually between 1986-87 and 1995-96, the value of the tax transfers increased in real terms in the first half of the 1990s. It became clear that, over the medium term, constraints on the growth rate of EPF entitlements for health care would

[13] Hon. Marc Lalonde (15:7).
[14] *Ibid.*

have caused the cash transfers to some provinces to come to an end. The distinction between cash and tax transfers is discussed in more detail in section 1.5 below.

GRAPH 1.2
EPF CASH AND TAX TRANSFERS IN CONSTANT (1992) DOLLARS



Source: Department of Finance, Special Computation, 21 July 2000, and Library ofParliament.

1.4 The CHST

In the Budget Speech of February 1995, the federal government announced its intention to merge the EPF with the CAP into a new block funding mechanism called the Canada Health and Social Transfer (CHST) that would cover transfers for health care, post-secondary education and social assistance. The CHST legislation was implemented for the 1996-97 fiscal year with the coming into force of Bill C-76. Since then, the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements Act*, which now governs the CHST, has been modified on five different occasions by the following pieces of legislation: Bill C-31 (1996), Bill C-28 (1998), Bill C-71 (1999), Bill C-32 (2000) and Bill C-45 (2000). Table 1.2 provides the details of the various legislative steps for the CHST.

TABLE 1.2
A BRIEF HISTORY OF THE CHST

1995	Budget announced that, starting in 1996-97, EPF and CAP programs would be replaced by CHST block fund. Meanwhile, for 1995-96 (Bill C-76): • EPF growth set at GDP growth minus 3 percent. • CAP frozen at 1994-95 levels for all provinces. • CHST entitlements set at $26.9 billion for 1996-97 and $25.1 billion for 1997-98. • CHST entitlements for 1996-97 to be allocated among provinces in the same proportion as combined EPF and CAP entitlements for 1995-96. • CHST cash transfer to be obtained residually by subtracting the value of the tax transfer from the total CHST entitlement.
1996	Budget announced a five-year CHST funding arrangement covering the years 1998-99 to 2002-03 (Bill C-31): • For 1996-97 and 1997-98, CHST entitlements maintained at $26.9 and $25.1 billion respectively. Then, for 1998-99 and 1999-00, CHST entitlements fixed at $25.1 billion. For each subsequent fiscal year, through 2002-03, total CHST entitlements set to increase according to an escalator equal to the average GDP growth for the three preceding years, less a predetermined coefficient (2% in 2000-01, 1.5% in 2001-02 and 1% in 2002-03). • Guaranteed cash floor of at least $11 billion per year. • A new allocation formula introduced to reflect differences in provincial population growth and to narrow existing funding disparities, moving half-way to equal per capita entitlements by 2002-03.
1998	Legislation passed putting in place a $12.5 billion cash floor under the CHST for the years from 1997-98 to 2002-03 (Bill C-28). As a result, total CHST entitlements varied directly with the value of tax points, and CHST cash transfer no longer determined residually.
1999	Budget announced increased CHST funding of $11.5 billion over 5 years, and this amount was earmarked specifically for health care (Bill C-71): • $8 billion provided through increases to the CHST and $3.5 billion provided through a CHST supplement to give provinces and territories the flexibility to draw down funds over three years as they see fit. One-time cash supplement to be allocated to the provinces on an equal per capita basis. • The cash floor provision was abolished as the amended legislation provided a level of cash transfer over and above the $12.5 billion limit. Similarly, the escalator used to calculate growth in total CHST entitlements was eliminated since the total entitlement was no more fixed in legislation but varied directly with the cash transfer. • Changes to the provincial allocation formula accelerated the move to equal per capita CHST by 2001-02. • CHST legislation extended program to 2003-04.
2000	Budget announced a $2.5 billion increase for the CHST to help provinces and territories fund both post-secondary education and health care (Bill C-32). These funds were paid into a CHST Supplement Fund and allocated on an equal per capita basis. Provinces can draw down their respective share at any time over the course of four years (2000-01 to 2003-04).
2000	The CHST legislation was extended by one year to 2005-06 and the total CHST entitlement was increased by $21.1 billion over a five year period (Bill C-45). The enriched cash transfer is to cover all the three fields supported by the CHST, including early child development, and be allocated to the provinces on an equal per capita basis.

Source: Department of Finance (http://www.fin.gc.ca/fedprove/hise.html) and Library of Parliament.

The structure of the CHST is similar to that of the EPF, as the federal transfer of funds involves both cash and tax transfers. Unlike EPF, however, the CHST included a cash floor provision. The cash floor, which was initially set at $11 billion and then increased to $12.5 billion in 1997-98, was established to make sure that the growth in the value of tax points would not erode the cash transfer.[15] Many witnesses pointed out that, by bringing in the CHST, the federal government has prevented the erosion of its power to ensure that the provinces comply with the *Canada Health Act*.

The CHST legislation sets out the manner in which the total entitlement is to be allocated among the provinces. Initially, provincial entitlements were not calculated on a per capita basis. Under Bill C-76 (1995), the allocation for fiscal year 1996-97 was based solely on each province's share of the transfers received under the CAP in 1994-95 and under EPF in 1995-96. Then, under Bill C-31 (1996), each province's CHST entitlement for 1997-98 was based on the transfers received under the earlier programs and on the ratio between each province's cumulative population growth and Canada's. From 1998-99 to 2002-03, the allocation formula was to be similar to the one used in 1997-98, but took into account each province's proportion of the country's population, and a weighting coefficient was used in the calculation. This change to the formula was aimed at reducing discrepancies among provinces in the value of per capita transfers but without making equal per capita allocations.[16]

With the enactment of Bill C-71 in 1999, the method of allocating the CHST transfer to the provinces was modified once again. Under the new method, the provincial distribution focuses less on the initial provincial share (based on the former EPF and CAP) and more on the province's demographic weight. As a result, the CHST transfer is moving gradually towards an identical per capita distribution among the provinces. In fact, it is expected that all provinces will receive an equal CHST per capita entitlement by 2001-02.

---

[15] The cash floor provision of the CHST was abolished in 1999 as the amended legislation (Bill C-71) provided a level of cash transfer over and above the $12.5 billion limit.

[16] The main reason for these discrepancies was the funding disparity under the CAP: the provinces that used to receive a greater than average share under the CAP continued to receive a greater than average share under the CHST.

Equal per capita entitlements are to be achieved on a cash and tax basis, not cash alone. The federal cash contribution, per capita, will still vary from province to province. All equalization-receiving provinces obtain, as in the past, a per capita CHST cash contribution that is higher than the all-province average. This is due to the fact that they need more federal cash, per capita, to bring their entitlements to the national average. [17] By contrast, richer provinces will receive more of their federal support from the tax points and less from cash transfers.

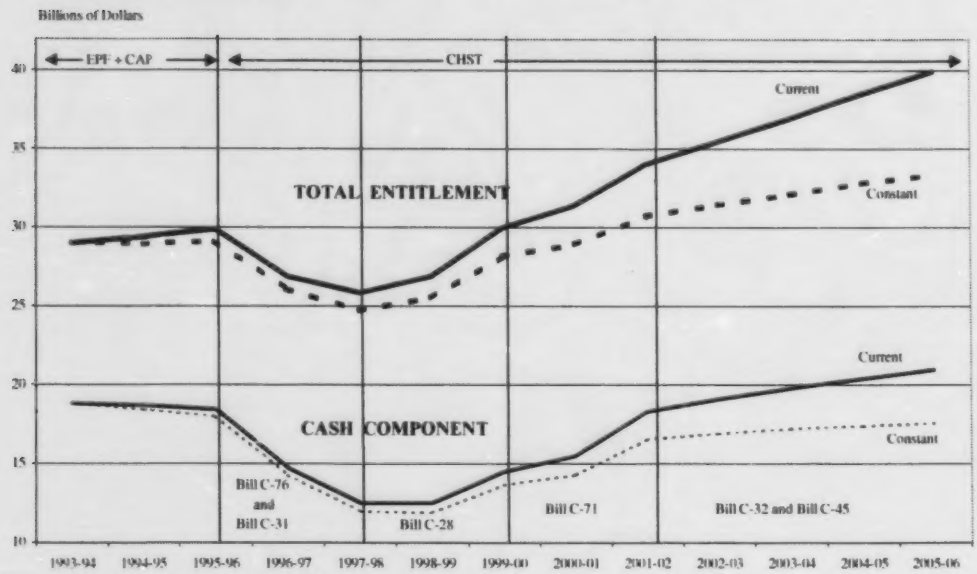
Consequently, if the CHST cash component were to be allocated on an equal per capita basis, the total per capita entitlements would be higher for provinces with higher income than for those with lower income because tax points have a higher value in higher income provinces. In the federal government's opinion, equal per capita entitlements ensure that all provinces receive equitable federal support regardless of differences in provincial governments' revenues and economic growth rates.[18]

As Graph 1.3 shows, important reductions in federal transfers to provinces were implemented when Bill C-76 (1995) created the CHST. From 1995-96 to 1996-97, the total CHST entitlement (expressed in current dollars) decreased by $3.0 billion or 10%. During the same period, the cash transfer declined even more steeply, by some $3.7 billion or 20%. In the following year, the overall CHST entitlement was reduced again by $1.1 billion (or 5%), while the cash transfer decreased by $2.2 billion (or 15%). The changes legislated by Bill C-28 (1998) and Bill C-71 (1999) reversed the downward trends in both the total CHST entitlement and its cash component.

> *Clearly, as we all know, the CHST represented a cut in cash transfers at a time of broad cutbacks in federal spending to address the deficit situation. However, the value to the provinces of the tax point portion of the CHST continued to grow as the economy grew.*
>
> *Abby Hoffman, Senior Policy Advisor, Health Canada (13:9).*

[17] Finance Canada, *History of the Canada Health and Social Transfer*, Submission to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, 7 June 2000, p. 3.
[18] *Ibid.*, p. 6.

GRAPH 1.3
TOTAL CHST ENTITLEMENT AND CHST CASH COMPONENT



Source: Finance Canada and Parliamentary Research Branch, Library of Parliament.
Note: The conversion into constant (1993-94) dollars were made by using the implicit price index for government expenditures; an annual growth of 2% was assumed from 2000-01 to 2005-06.

Bill C-32 (2000) and Bill C-45 (2000) together led to substantial growth in both the total CHST entitlement and the CHST cash transfer. Bill C-32 established a CHST supplement fund of $2.5 billion to be allocated to provinces on an equal per capita basis. Bill C-45 was enacted in response to the federal-provincial health accord reached on September 11, 2000, following a First Ministers' Meeting; it provides additional federal investment of $21.1 billion in CHST cash transfers. The health accord also resulted in a further $2.3 billion in federal targeted funding to help the provinces meet health care challenges in three specific areas: acquisition of medical equipment ($1 billion), health information technology ($0.5 billion) and primary care reform ($0.8 billion).

Total CHST entitlement, expressed in current dollars, is expected to reach a new high of close to $31 billion in 2000-01, slightly above its position prior to the 1996-97 reduction. The CHST cash transfer will match its peak level in 2002-03. However, when converted into constant (1993-94) dollars, the total CHST entitlement will surpass the 1995-96 level only in 2002-03, while the CHST cash transfer will never achieve its peak level of 1993-94.

Meanwhile, the value of the CHST tax transfer is constantly growing: from 1997-98 to 2000-01, a higher proportion of the CHST was provided in the form of tax transfers.

Although the federal government introduced measures to halt cuts in CHST transfer payments and to ensure growth in transfers (namely through bills C-28, C-71, C-32 and C-45), it failed, according to the provinces, to restore the cash portion to previous levels. On a number of occasions, provincial governments called on the federal government to restore the CHST cash transfer to the 1994-95 levels and to include an escalator to ensure appropriate growth in the CHST. In their view, this would be a major step toward stabilizing and sustaining Canada's health care system.[19]

1.5 Tax Points versus Cash Transfers

The federal government and the provinces do not agree on what constitutes the federal contribution to health care because they hold different views on the tax transfer. The federal government believes that cash and tax transfers should be regarded as the same in that both represent a cost to the federal treasury and both contribute to provincial revenues. Therefore, the federal government includes the tax component in the calculation of the overall CHST entitlement.

The provinces, however, do not consider it legitimate to count the value of tax points as part of the CHST transfer. They maintain that the tax points constitute a one-time permanent transfer that occurred 23 years ago and that they are now firmly embedded in the provincial tax room. Moreover, they contend that over the past two decades the federal government has more than recaptured the tax room it ceded to the provinces in 1977. In the view of the provinces:

[19] Provincial Premiers and Territorial Leaders, *Letter to the Prime Minister of Canada*, 3 February 2000. A copy of this letter is available on the Canadian Intergovernmental Conference Secretariat's Internet site at http://www.scics.gc.ca/cinfo00/85007604_e.html. Also see the following statement: "Premiers' Commitments to their Citizens", 41st Annual Premiers' Conference, *News Release*, 11 August 2000 (available at http://www.scics.gc.ca/cinfo00/850080017_e.html).

> (...) the federal practice of including the tax component has – particularly in recent years – had the effect of making the CHST transfer appear larger than it actually is, and making the CHST cuts appear smaller.[20]

During our hearings, witnesses expressed different views on the tax transfer. In her statement to the Committee, the Hon. Monique Bégin suggested that tax points should be entirely removed from CHST calculations and that only cash should be transferred to the provinces. In her view, this approach would both preserve the federal government's role in establishing and maintaining national principles and enable the provincial governments to rely on a steady contribution. This suggestion could be implemented only if the federal government agreed to forego the cost it incurred when it initially transferred tax points to the provinces.

> *I would just take the tax points out of the way. I think it poisons the whole thing and does not help at all. If it was bad politics, so be it. It was bad politics, but I still believe firmly that it was the only thing they could do at the time. Perhaps they should have given fewer tax points and more cash.*
>
> *Hon. Monique Bégin (16:8).*

By contrast, the Hon. Marc Lalonde held the view that the tax transfer was and still is a valid federal contribution:

> I also believe that contribution in tax points should not just be written off on the basis of, "It is gone, so it is gone." It is something that the federal government, at a certain stage, has said we will withdraw. That contribution, in my view, is still there. There is a way of evaluating it, certainly in terms of the contribution of the federal Parliament to provincial programs in the field of health or in the general field of the services covered now with the new system, which includes post-secondary education and health and welfare.[21]

Mr. Lalonde also told the Committee that the tax transfer was, and remains, a reasonable compromise in terms of the federal involvement in an area of primarily provincial jurisdiction. Also, in 1977, it appeared to be the only way to reach an agreement with all provinces:

---

[20] Provincial and Territorial Ministers of Health, *Understanding Canada's Health Care Costs – Interim Report*, June 2000, p. 10.

[21] Hon. Marc Lalonde (15:13).

> Fundamentally, it was a political settlement with the provinces. We bought our peace at a certain cost, no doubt. (...) provinces generally felt that the federal government was spending money in what were recognized as provincial matters or provincial jurisdictions. We argued that, indeed, we were using the constitutional spending power that we had. It was clear that these programs would be in operation, we assumed, for a long time. Some provinces had tax points that brought in more money than others, and the provincial governments were insisting that they would feel much more reassured that they were not at the whim of the federal government if at least part of the transfer was in the form of tax points.[22]

Overall, there is no one answer to the whole question of how to account for tax points. Keith Banting suggested that both the perspective of the federal government and the views of the provinces are right:

> There is no single answer to the question as to what is the federal contribution to health care. The provinces have taken the view that the transferred tax points are simply part of the tax base of the provinces and that the federal contribution is therefore the cash contribution. The federal government says that, no, its contribution is both the cash transfer and the value of the tax points transferred in 1977, as escalated by growth in the economy. As a consequence, there are two answers to the question regarding the federal contribution to health care. Both the provinces and the federal government are right. They both define the system differently and, in their terms, they are both correct.[23]

1.6 The Federal Contribution to Health Care

What is, then, the federal contribution to health care? Under the 1957 and 1966 cost-sharing arrangements, the federal share corresponded to approximately 50% of the eligible hospital and physician services covered under provincial health care insurance plans. It did not correspond to 50% of all public health care costs incurred in the provinces.

When EPF was implemented, a notional portion of the transfer payments was attributed to health care. Under the CHST, however, there is no specific allocation for health care, not

[22] Hon. Marc Lalonde (15:10-11).
[23] Keith Banting (9:65).

even a notional one. Therefore, it is not possible to determine exactly how much the federal government spends on health care.

Health Canada provided an estimate of the federal contribution to health care, calculated on the basis of the same notional apportioning among health care, post-secondary education and social assistance as existed in the pre-CHST days under the combined effects of EPF and CAP. This estimate was used to calculate the federal share of provincial government spending on health care.

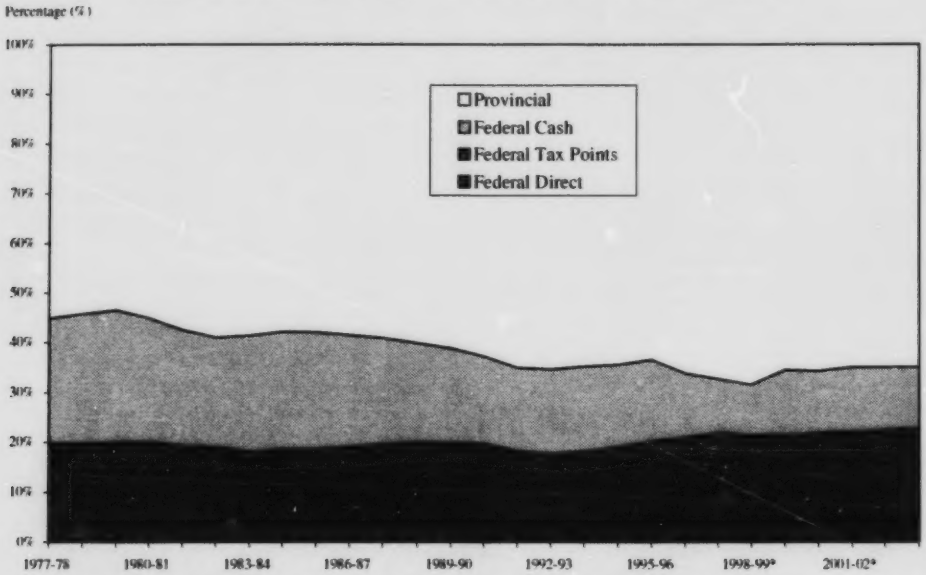
> *I wish to say that it is difficult (...) to determine exactly how much the federal government spends on health because of the flexibility under the CHST. When one calculates federal contributions to health using the same notional apportioning among health, post-secondary education and social security as existed in the pre-CHST days under the combined effects of EPF and CAP, the federal government is contributing $1 out of every $3 spent on health by public authorities in Canada. That is a subject of debate at the moment, but it is undeniable that it is a one-in-three share of public spending.*
>
> *Abby Hoffman, Senior Policy Advisor, Health Canada (13:10).*

This information was used to construct Graph 1.4, which depicts the evolution of public health care spending by source of financing from 1977-78 to 2003-04. These data, as reported by Health Canada, show that spending on health care from provincial funds in 1999-00 is expected to amount to 65% of total health care expenditures by the public sector. Thus, the federal share for that year is approximately 35%. If tax points are not included as part of the federal contribution, then the proportion of health care spending by provincial governments totals some 82%, while the federal share is 18%.

Health Canada's data also indicate that the provincial governments' share of public health care expenditures has been increasing steadily since the late 1970s, irrespective of the method of calculation used. Concurrently, the estimated federal share has been declining since then. The value of tax transfers and federal direct funds[24] are increasing slightly, but the cash transfer share is largely decreasing. This downward trend could be reversed, however, with the additional federal investment in health care provided in Bill C-45 (2000).

[24] Federal direct funds refer to direct health care spending by the federal government in relation to health services for specific groups (Aboriginals, the Armed Forces and veterans), as well as for health research, health promotion and health protection.

GRAPH 1.4
SOURCE OF HEALTH CARE FUNDING BY THE PUBLIC SECTOR



Source: Health Canada *Health Expenditures in Canada - Sources of Financing*. and Library of Parliament

1.7 The Need for Stability in Federal Funding

According to Tom Kent, subsequent federal governments have, over the years, played a major role in diminishing the federal commitment to health care by restraining the growth or reducing transfer payments to provinces. He stated that federal funding for the purpose of health care should be committed in relation to provincial costs and that stable federal financing would insure uniformity and consistency of provincial health care insurance plans:

> As yet, the main attack on Medicare has not come from "two-tierdom," from Mr. Klein or from anyone else. It has come over a good many years from federal governments. Medicare was not built on principles for the provinces alone. It was also built on federal principles, and the crucial federal principle was its commitment to share in the costs of the provinces. That commitment has been increasingly dishonoured ever since 1977, and in 1995 it was completely tossed aside. In 1977, as you know, the form of financing was switched in part to a transfer of taxes instead of a cash transfer. That had its merits, but at the same time the opportunity was taken to de-couple the total from provincial health costs and relate it instead to the GNP. Subsequently, by unilateral federal decisions, that relation was increasingly diminished, and finally, with the CHST, the Canada Health and Social Transfer, all vestige of

a formula was removed. The transfer became an arbitrary sum determined entirely according to federal financial and political convention. Political pressure has since led to some restoration of the original cuts, but there has been no restoration of the principle of federal commitment. (...)

For better or worse, delivering health care is provincial business. There will be collaboration and there can be national consistency if there is federal financial help. However, what is significant is not so much the amount of that help but that, if there is to be the planning of efficient, comprehensive health care, it must be based on an assurance of financing. Part of that financing must be federal if we are to have consistent national programs, and it is important that that federal share be committed in relation to provincial costs. [25]

> *In my province, I have seen radical and arbitrary cost cutting, and decisions have been taken that were purely looking at the short term. The Minister of Finance wanted to have a smaller deficit next year, and that was it. We ended up with the early retirement of nurses in Quebec. We made them an offer that they could not refuse. Next thing we knew, we were short of nurses. We are rehiring those willing to come back and paying them hefty remuneration. We are in a situation now where we are even sending people to the United States to be treated at public expense. Surely, this could have been foreseen. Surely, we know what the needs of the population will be over the next few years. It is mind boggling to see situations like this, and it is totally unacceptable. I can understand why there is such an outcry amongst the people in Canada about the current situation and the tendency to say, "A plague on both your governments' houses. It is your job to fix it; get going."*
>
> *I hope that there will arise out of your deliberations a recommendation that the federal government at least look at providing a stable base of financing over the next decade.*
>
> *Hon. Marc Lalonde (15 :23-24).*

Most witnesses agreed on the necessity for stable and predictable federal transfers. However, Guillaume Bissonnette, General Director of the Federal-Provincial Relations and Social Policy Branch, Finance Canada, told the Committee that the concept of stability of funding should be balanced with the notions of adequacy, affordability and sustainability:

> (..) we are trying to balance a number of competing notions. We obviously want to take into account the notion of affordability, which is important. We also want to take into account the notion of adequacy – which, in a sense, is the flip side. How much is adequate? As well, we want to take into account a notion that is talked about frequently on the environmental side, but which I think applies here, too, and that is the concept of sustainability over time and the notion of stability.

[25] Tom Kent (13:34-35).

> Of course, there are conflicts between all those pairs of concepts. You cannot make commitments about a stability. They are so strong that when the world changes – and nobody can control what happens in the world - you find that your commitments are no longer sustainable. You do not want to make commitments, for example, about adequacy and then find that those commitments are not affordable – not just by one order of government but by both orders of government.
>
> Thus, in a sense, we are trying to balance all of these notions. Presumably, we are also trying to balance the fact that there are other spending priorities that are also meritorious. Health is important for the future of the country, but so are post-secondary education, research and innovation. They are viewed as key to the development of our country.[26]

During the Committee's hearings, there was no agreement on the mechanism through which more federal transfers for health care and social programs should be provided. Ms. Bégin, for example, suggested that there should be a specific program for home care and primary care. In her view, this should be done under a new piece of legislation which would parallel the *Canada Health Act*.[27]

By contrast, Tom Kent indicated that separate financial support would not be conducive to an integrated, efficient and coordinated system of health care delivery:

> I groan, frankly, when I hear talk, in federal circles in particular, of separate financial support for home care or Pharmacare or whatever is the hot button. That would make a political splash, but that sort of division of the total health care service would be disastrous. Health care of high quality can be efficiently delivered according to need, but only if there is coordinated management in the community of the comprehensive services – the components of the whole health care system. Separate bags of money are certainly not the way to reform health care.[28]

The Hon. Claude Castonguay, a former Quebec health minister in the 1960s, also known as the father of Medicare in that province, believes that the federal government should not designate more funds to specific programs of primary care and home care, but should

---

[26] Guillaume Bissonnette (17:12).
[27] Hon. Monique Bégin (16:5).
[28] Tom Kent (13:32).

provide flexible funding that would let provinces allocate money according to their own needs and priorities:

> The federal government has proposed to increase the level of its financing through the establishment of a national program of primary care and home care. The provinces find this proposal inappropriate while they are struggling with their existing plans. They know what has to be done and that what they need most is additional funds. Instead of its proposed plan, the federal government could play a much more useful role by bringing to the provinces transitional financial help. The objective would be to give the provinces some room or margin to allow them to develop new approaches and to introduce changes in their plans capable of improving the situation in a durable way. In the middle of the sixties, the federal government created a health resources fund to enable all the provinces to have the human resources and the equipment necessary for the introduction of Medicare. Using that successful initiative as a model, the federal government could create a health transition fund to help the provinces make the necessary changes to their respective plans. The setting up of such a fund, to which it could allocate at least the funds intended for the national primary and home care programs, would give the federal government an essential role fully compatible with its responsibility with respect to health services and the visibility it is seeking in this field. Contrary to a primary and home care national program, this approach had the advantage of not pressuring the provinces into increasing in a permanent way the level of their health expenditures when they are not in a position to finance adequately their existing plans.[29]

1.8 Accountability in the Use of Federal Health Care Dollars

The issue of accountability surfaced on a number of occasions during the hearings. The Committee was told that the notion of accountability for federal dollars has evolved enormously over the years:

> (...) there has been an evolution in the notion of accountability. There has been a long, steady evolution away from tracing dollars and tracing inputs to broader, more modern definitions of accountability that have to do with measuring results.

---

[29] Hon. Claude Castonguay, *Canada's Health Care System: An Urgent Need for Change*, Brief to the Committee, pp. 3-4.

> One could look back at the history of these transfers, since the Second World War. In fact, there has been a constant search for an accountability link with the dollars being spent. If one looks at that evolution, one sees that, in the 1940s, we started with accountability, meaning that the federal government would actually inspect provincial hospitals to find out whether they met certain standards.
>
> In the 1950s, we moved to a slightly more flexible form of accountability, that is, cost-sharing, where we agreed that we would cost-share a certain well-defined basket of doctor services and hospital services.
>
> With the advent of EPF, we moved, yet again, to another notion of accountability, which was less concerned with the use of inputs and the matching of inputs. It was a form of accountability that basically gave a block fund, had some general principles, and then counted upon the provinces to use the money in a way that respected those general principles.
>
> If we carry the evolution of this practice of accountability right up to the social union framework agreement, we are now seeing accountability being defined much more in terms of results achieved and in terms of outcomes.
>
> In a sense, there has been a shift away from inputs to outputs to broader results. There has been a shift, as well, in the doctrine of accountability and what we mean by accountability.[30]

It is clear that the concept of accountability has changed dramatically over the last forty years or so. The recent shift from evaluating inputs to estimating outcomes is of particular importance. For most of the last century, Medicare was evaluated on the basis of inputs. While we know how public health care funding has been allocated among physicians, institutions, hospital beds and so on, it is astonishing how little we know about how effectively the money has been used. We need to start measuring the quality of the health care system by its outputs, not its inputs. This is essential if we are to know how to spend government funds more wisely.

To do this, we need better information. With better information, governments will be able to make more informed decisions about the management, delivery and financing of health care.

Better information will also ensure that governments are accountable to Canadians for the way in which they spend health care dollars. In Phase Two of its study, the Committee will examine the issues related to health information, including evidence-based and outcome-based decision-making and the potential role of the federal government in this area.

[30] Guillaume Bissonnette (17: 11).

CHAPTER TWO:

NATIONAL PRINCIPLES FOR HEALTH CARE AND THE ADVENT OF THE *CANADA HEALTH ACT*

The fact that the delivery of health care is primarily an area of provincial jurisdiction does not mean that national principles are absent. The federal government has always attached a set of national principles or conditions to its health care contribution, whether cost-shared or block-funded.

2.1 The Origins of the *Canada Health Act*

Both the *Hospital Insurance and Diagnostic Services Act* of 1957 and the *Medical Care Act* of 1966 included four explicit conditions for provincial public health care insurance plans – namely universality, public administration, comprehensiveness and portability. They did not, however, contain specific provisions preventing provinces from demanding a financial contribution from patients. Moreover, since federal contributions under cost-sharing arrangements were proportional to provincial government expenditures, the provincial governments had nothing to gain from permitting direct patient charges; the revenue from such charges would in fact have resulted in a reduction in the federal contribution. This implicit reduction mechanism thus strongly deterred provinces from adopting any form of direct patient charges, such as extra-billing or user fees.

In 1977-78, when EPF replaced the shared-costs formula, the conditions attached to both federal acts on hospital services and medical care were retained. However, the implicit mechanism for reduced federal contributions was eliminated, since federal funding was no longer linked to provincial government expenditures. Michael Bliss, professor of history at the University of Toronto, told the Committee that the late 1970s and early 1980s period were marked by an attempt to control health care costs through constraints in the physicians' fee schedule and in hospital budgets. Overall, this resulted in a proliferation of direct patient charges:

> In the 1970s, the problem of paying for health insurance quickly became the most serious thing that ministries of health, both provincial and federal, had to face. Immediately, the question of how to contain health care costs came to the fore, and a whole cadre of experts and health care economists grew up to try to give advice to state insurers on how you could stop the escalation of costs. We remember the 1970s of stagflation, in which the overall costs of Canadian social programs began to be a terrible burden on governments. (...) they began to try to squeeze the providers of health care, the hospital system and the physicians in order to try to hold down costs.
>
> The providers responded the way anyone else does when they are squeezed: They began to look for alternatives. The Medicare system of 1968 was a pluralist system that allowed for the freedom of providers to practise outside the system. You could opt out; you could extra bill. It was not surprising, then, in the 1970s, that, as the provincial governments began to squeeze the Medicare fee schedule, more and more practitioners opted out. By the end of the 1970s and early 1980s, a kind of re-privatization occurred in health care. Many people saw the public system as a penny-pinching system and they wanted to work in the private sector where there was more freedom, more protection of incomes, and more possibilities for innovation.
>
> By the early 1980s, we were seeing across the country serious problems in our Medicare system. So many specialists had opted out that, in large parts of the country, it was impossible to have access to certain specialists under Medicare. That was particularly true in obstetrics and gynaecology. The issue of accessibility became very important.[31]

More precisely, extra-billing by physicians was authorized in New Brunswick, Ontario, Manitoba, Saskatchewan and Alberta. In addition, hospital user fees were levied in New Brunswick, Quebec, Alberta and British Columbia.

> *The government ended up tabling and obtaining unanimous passage of the* Canada Health Act, *to fix a problem, which derives, in my opinion, from EPF.*
>
> *Hon. Monique Bégin (16:3).*

In 1980, the Health Services Review by Justice Hall reported that health care in Canada ranked among the best in the world, but warned that direct patient charges were posing a threat to the principle of free and universal access to health care throughout the country. In response to these concerns, Parliament unanimously passed the *Canada Health Act* in 1984. Abby Hoffman told the Committee that the new Act combined and updated the conditions

[31] Michael Bliss (13:37-38).

set out in the two federal acts of 1957 and 1966 and it added accessibility as a fifth criterion. In addition, specific restrictions were added to deter any form of direct patient charges and to provide residents of all provinces with access to health care regardless of their ability to pay:

> There were several key points in the *Canada Health Act* worth noting, including the affirmation of universal insurance as the basis for medically necessary hospital and physician services, and the strengthening of the principles of portability, comprehensiveness, and public administration. A fifth criterion, accessibility, was added – that is, reasonable access to medically necessary insured services on uniform terms and conditions. Further, and perhaps most importantly, there was to be an effort to discourage user charges and extra billing. The *Canada Health Act* provided for mandatory dollar-for-dollar deductions from federal transfer payments to any province that permitted user charges or extra billing for insured services.[32]

According to Marc Lalonde, the *Canada Health Act* was adopted in response to the erosion of public health care insurance. Its was not intended as a means of increasing some of the federal visibility that was lost in this field with the advent of EPF block funding:

> As to the 1984 Act, I do not think it had anything to do with reasserting our visibility. It had to do with a genuine concern that there was, through the back door, erosion of the basic elements of Medicare generally. Extra billing and additional fees for hospital care were creeping in right and left, and there was a necessity for the federal government to reassert the basic principles that were enshrined in the first legislation and to try to set up regimes that would provide for greater accountability in the way the provinces were using federal funds, in particular, for the public in general and for the federal government.
>
> If you must look for a rationale for the 1984 Act, I do not think you should look for it in terms of trying to recuperate some lost visibility that the federal government did not have or had lost. It was essentially that there was federal legislation that provided for fundamental principles to which the federal Parliament was unanimously attached. We were seeing erosion that, if not stopped at that time, might have led to a dismantling of the whole national system as we knew it.[33]

---

[32] Abby Hoffman (13:11).
[33] Hon. Marc Lalonde (15:11).

In essence, Mr. Lalonde reiterated that the main objective of Medicare was, as Tom Kent had said, to remove financial barriers to access to health care:

> The aim of public policy was quite clearly and simply to (...) make sure that people could get care when it was needed without regard to other considerations.[34]

2.2 Definition/Interpretation of the National Principles and their Application

The *Canada Health Act* sets out five major criteria or "national principles" – universality, accessibility, comprehensiveness, portability and public administration. Table 2.1 provides details about each criterion.

TABLE 2.1
THE FIVE CRITERIA OF THE *CANADA HEALTH ACT*

Public Administration: requires that the administration and operation of the health care insurance plan of a province be carried out on a non-profit basis by a public authority responsible to the provincial government.
Comprehensiveness: requires that all medically necessary services provided by hospitals and doctors be covered under the provincial health care insurance plan.
Universality: requires that all residents of a province be entitled to public health care insurance coverage.
Accessibility: requires reasonable access unimpeded by financial or other barriers to medically necessary hospital and physician services for residents, and reasonable compensation for both physicians and hospitals.
Portability: requires that coverage under public health care insurance be maintained when a resident moves or travels within Canada or travels outside the country (coverage outside Canada is restricted to the coverage the resident has in his/her own province).

Source: Health Canada, Canada Health Act Annual Report – 1998-1999, Ottawa, 1999, pp. 2-3. This document is available on Health Canada's Internet site at http://www.hc-sc.gc.ca/medicare/dwnloade.htm.

[34] Tom Kent (13:30).

During her testimony, Abby Hoffman provided a description of the health services to which the *Canada Health Act* applies and does not apply. She made a distinction among the five categories of health services:

- insured services;
- extended health care services;
- supplementary health care services;
- uninsured health services, and
- de-insured services.

Table 2.2 provides examples for each category of health care services and indicates whether or not they are governed by the five conditions of the *Canada Health Act.* Clearly, the federal legislation is very limited: it is centred on medically necessary services provided by hospitals and doctors.

TABLE 2.2
CATEGORIES OF HEALTH CARE SERVICES

Type of Services	Examples of Services	Five criteria of the *Canada Health Act*	Provisions with respect to user charges and extra-billing
Insured Services	Medically necessary hospital and physician services, including some dental care when performed in a hospital	Apply	Apply
Extended Health Care Services	Long term care, adult residential home, some ambulatory care	Do not apply	Do not apply
Supplementary Health Care Services	Prescription drugs outside hospitals, chiropractic services, physiotherapy, dental services	Do not apply	Do not apply
Uninsured Services	Cosmetic surgery, telephone advice by physicians	Do not apply	Do not apply
De-Insured Services	Wart removal, extraction of wisdom teeth	Do not apply	Do not apply

Source: Abby Hoffman (13:11-12).

The application of the Act is so restricted that provinces are not required to insure health promotion/prevention services or non-hospital based services of health care practitioners such as chiropractors, physiotherapists or psychologists. The national principles do not apply to extended health care services – nursing homes, adult residential care, home care and ambulatory health care. Although some provinces do insure some of these additional services, Canadians do not have universal and equal access to them.

Moreover, the *Canada Health Act* applies to a shrinking number of services because fewer services are provided now in hospitals. Thanks to new technologies, health services can be provided on an out-patient basis or at home. Hospital stays are shorter and pharmaceutical products sometimes enable us to avoid surgery altogether. When services and prescription drugs are provided outside the hospital, however, they are outside the ambit of the *Canada Health Act*. As a result, these services are not necessarily provided at no cost to patients, nor are they necessarily provided in accordance with the principles of accessibility, comprehensiveness and universality.

Over the years, provinces have expanded the array of services that are eligible for public coverage, either fully or partially. This includes, for example, dental care, vision care and prescription drugs to selected population groups in some provinces, as well as some community care and some home care. These services, once again, do not fall under the *Canada Health Act*. As a result, the range of publicly funded health services varies greatly from province to province. The Committee was told that our health care system, as defined broadly, is becoming less and less uniform:

> It is good that provinces have chosen to extend the array of chosen services. The difficulty is that they have not done so uniformly, and we have ended up with fragmentation and something of a patchwork across the country.[35]

While the *Canada Health Act* has managed to obtain consistent public coverage for hospital and physician services across the country, it is clear that its limited focus has led to a lack of

[35] Abby Hoffman (13:25).

uniformity in public coverage for the much broader range of health care services which, one suspects, Canadians would like to receive under their publicly funded health care system.

2.3 Enforcement Penalties under the *Canada Health Act*

Provinces must comply with the five conditions of the *Canada Health Act* in order to qualify for the entire federal cash contribution. If these conditions are not met, section 15(1)(a) of the Act stipulates that a penalty may be applied to the cash value of federal transfers. The Governor in Council sets the amount of this financial penalty depending on the "gravity" of the default. Sections 18 to 21 of the Act, which set out penalties for extra-billing and user charges, stipulate that the federal government may withhold one dollar of cash transfer for every dollar collected through direct patient charges.

Between 1984-85 and 1991-92, penalties for a failure to comply with the *Canada Health Act* were applied to the portion of EPF cash transfers earmarked for health care. Then, from 1991-92 to 1995-96, financial penalties were extended to cover other transfer payments because of the federal government's continuing restriction on the growth of EPF transfers and its specific impact on cash transfers: it was estimated that the health care portion of the EPF cash transfers to some provinces would have reached zero by the year 2000. Without the cash transfer, the federal government would not have had the power to enforce the conditions of the *Canada Health Act*. The additional withholdings or deductions were not stipulated in the Act, but were specifically set out in the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements Act* (paragraphs 23.2(1), 23.2(2) and 23.2(3)). Since 1996-97, penalties under the *Canada Health Act* have applied to the cash portion of the CHST.

Information provided by Health Canada[36] indicates that, on three occasions, the federal government resorted to financial penalties and reduced its contributions to some provinces that were authorizing extra-billing or imposing user charges. First, it deducted over $246,732,000 from EPF cash transfers to all the provinces from 1984-85 to 1986-87. However, it also complied with section 20(6) of the Act, under which a province was able to

recover these funds if it terminated all forms of direct patient charges in the three years after the Act came into force, that is, before 1 April 1987. Since all provinces complied with the Act within that timeframe, the amounts withheld were all reimbursed.

Second, from 1992-93 to 1995-96, the federal government withheld some $2,025,000 in EPF cash transfers to British Columbia because a number of physicians in that province had opted out of the province's health care insurance plan and resorted to extra-billing.

Finally, since 1995-96, the federal government has imposed financial penalties on provinces that permit private clinics to demand facility fees from patients for medically required services, having determined that such facility fees constitute user charges. These penalties have applied to four provinces. By the time the deductions from transfers to Alberta ended in July 1996, a total of $3,585,000 had been deducted from that province (see Table 2.3). Similarly, a total of $323,000 had been deducted from Newfoundland, which started complying with the Act in January 1998. The penalties imposed on Manitoba ($2,056,000 in total) were discontinued as of 1 February 1999. Nova Scotia has still not complied with the *Canada Health Act* and is being penalized in the amount of $4,780 per month (a total of $247,750 was deducted from transfers to Nova Scotia between October 1996 and January 2000 inclusively).

The Hon. Monique Bégin, the former federal health minister who introduced the *Canada Health Act*, noted that, until now, no discretionary penalty for failure to comply with the five national principles of the Act has ever been applied, despite some complaints regarding portability, comprehensiveness and accessibility.

[36] Health Canada, *History of Dispute Resolution under the Canada Health Act*, Information binder prepared for the Committee, section 6, 9 February 2000.

TABLE 2.3
DEDUCTIONS BY PROVINCE UNDER THE *CANADA HEALTH ACT* (IN THOUSANDS OF DOLLARS)

	1992-93	1993-94	1994-95	1995-96	1996-97	1997-98	1998-99	1999-00*
Newfoundland				46	96	128	53	
Prince Edward Island								
Nova Scotia				32	72	57	39	47,8
New Brunswick								
Quebec								
Ontario								
Manitoba				269	588	587	612	
Saskatchewan								
Alberta				2,319	1,266			
British Columbia	83	1,223	676	43				
Total Canada	**83**	**1,223**	**676**	**2,709**	**2,022**	**772**	**704**	**47,8**

** Up to January 2000.*
Source: Health Canada, Deductions by Province Since Passage of the Canada Health Act, Information binder prepared for the Committee, Section 8, 10 February 2000.

2.4 Is the *Canada Health Act* Still Relevant?

A few witnesses discussed the relevancy of the *Canada Health Act*. Some of them were of the view that the Act should remain intact. For example, the Hon. Marc Lalonde stated:

> Many people blame the *Canada Health Act* for something it was not trying to do. The Act does not introduce rigidity. The five criteria existed before. The *Canada Health Act* introduces clearer definitions through regulations, or otherwise, to ensure that these rules mean something. In that sense perhaps there is some rigidity. I have no qualms whatsoever about saying that the federal Parliament should maintain the five criteria that were enacted by Parliament in the past. In my view, those criteria remain as valid as they ever were.[37]

The Hon. Monique Bégin indicated that the Act is very important for Canadians and should not be reopened:

> The *Canada Health Act* has taken on a life of its own. It has now reached the status of an icon. Because of that, I personally think that no politician can

[37] Hon. Marc Lalonde (15:21).

> reopen the *Canada Health Act*, even to improve it, because it will destabilize people too much.[38]

She suggested, however, that new legislation similar to the *Canada Health Act* be established to govern the use of new federal transfers. The new Act could include additional conditions, such as accountability and sustainability.

By contrast, others argued that the Act should be reviewed. For example, the Hon. Claude Castonguay indicated that the new prescription drug insurance plan initiated by the Quebec government in 1996 would not qualify for federal funding under the *Canada Health Act* because it is made up of a mixture of public and private components. While all citizens are covered, beneficiaries are required to pay a premium and a portion of the cost of their drugs.

2.5 Committee Commentary

In this section, the Committee wishes to outline its thoughts about the national principles underlying Canada's health care system and its questions about these principles.

As mentioned earlier, Tom Kent indicated that the original policy objective of public hospital and medical care insurance was to ensure that all Canadians, regardless of their personal financial circumstances or where they lived in Canada, would have access to all medically necessary services. We believe that this objective explains four of the principles of the *Canada Health Act*:

- The principle of universality, which means that health care services are to be available to all Canadians;
- The principle of portability, which means that all Canadians are covered, even when they move from one province to another;
- The principle of comprehensiveness, which is meant to guarantee that all medically necessary services are covered by public health care insurance;
- The principle of accessibility, which means that barriers to the provision of health care, such as user charges, are discouraged, so that services are available to all Canadians regardless of their income.

[38] Hon. Monique Bégin (16:5).

The above four principles all focus on individual Canadians – they are patient-centred. This is consistent with the patient-oriented approach in the original public policy objective of Canadian Medicare. However, what began over thirty five years ago as a patient-centred national health care system has become a more narrow national system that is centred more around the delivery mechanism (hospitals and doctors) than around the patient's entire health care needs. This distinction, even though it is critical to the development of future public policy, is not made in the vast majority of public commentary on the current system.

Moreover, the final principle of the *Canada Health Act* – the principle of public administration – is of a completely different character. It does not focus on the patient but is rather the means of achieving the ends to which the other four principles are directed. In our view, this distinction between ends and means explains much of the current debate about the *Canada Health Act* and Canada's health care system. People who agree completely on the desired ends of a public policy can nevertheless disagree strongly on the means of achieving those ends.

The recent debate over Alberta's Bill 11 is a clear example of this. This legislation allows private, for-profit, health care facilities to compete against publicly funded hospitals for the provision of selected minor surgical services. It is the view of the Alberta government that contracting out to these facilities can improve access, reduce waiting times/lists and increase efficiency by reducing the demand on the existing publicly-funded hospitals. Opponents of the new legislation believe that these goals could be better achieved by increasing the level of funding of public hospitals.

In Phase Three of our study, the Committee will examine the means by which other countries have tried to achieve the ends of comprehensive and universally accessible coverage for health care. This exercise will be useful in enhancing our understanding of Canada's health care system and in evaluating options for building a long-term sustainable system.

The principles of comprehensiveness and accessibility are intertwined. Indeed, they go to the very core of the critically important issue of what services are covered by public health care insurance as "medically necessary" and how these services should be paid for. This, in turn, leads to the debate over affordability and sustainability.

Determining what services ought to be considered "medically necessary" is a difficult task. Most Canadians would agree that life-saving cardiac procedures are medically necessary. Most Canadians would also agree that most cases of cosmetic surgery do not meet the criterion of medical necessity. The difficulty comes with those services that lie between these two extremes. For example, virtually everyone would consider life-sustaining medication as "medically necessary", even if the medication is not taken in a hospital and therefore not subject to public coverage pursuant to the "medical necessity test" contained in the *Canada Health Act*. However, this does not change the harsh reality that many Canadians are struggling to find the money to pay for their "medically necessary" prescriptions every month.

Obviously, the more services we include in the definition of "medically necessary", the more costly the health care system is. Yet clearly, as more medically necessary products and services are produced and delivered outside the traditional hospital setting, a broadening of the definition of the concept of medical necessity is essential if Canada is to remain true to the spirit of the *Canada Health Act*. But broadening this definition raises the question of how these services should be paid for, and how excessive costs can be prevented.

For example, would modest user fees be an effective way to reduce unnecessary use of the health care system, as some people have proposed? Or would user fees have a disproportionately negative impact on low-income patients, preventing them from seeking out services when they truly need them (a violation of the principle of accessibility)? Alternatively, should higher income Canadians pay a portion of the health care costs they are responsible for generating, through, for example, some form of income tax surcharge?

Tom Kent told the Committee that this was in fact the original vision of Medicare the Liberal party adopted:

> To look at the history, when the Liberal rally, in 1961, so firmly committed the Liberal Party to health care, it was with a provision. It was that the costs that an individual thereby incurred through the tax system, would indeed become a charge through the tax system directly to the individual. The value of the services that you obtained from public health insurance would become a part of your statement for income tax purposes, within limits, and so on, so that it would never be overwhelming in any one year for any individual or family, and it would mean that people who paid little or no tax would pay nothing for their health care, but people who had relatively large incomes, had a significant tax, would pay something.[39]

If this funding method were ever to be used, the question arises as to whether individual Canadians should be able to purchase private insurance to cover the potential cost to them?

A major problem with health care insurance is that conventional economic principles do not fully apply. Because most bills are picked up by insurance, people pay little attention to the cost of health care. In addition, they have no way to assess the quality of the health services they receive. Beyond that, for most people, good health is priceless; they want to have access to the best available medical technologies and procedures at whatever cost. This creates a conundrum for politicians. On the one hand, their constituents will not accept the rationing of their health services. On the other hand, neither the politicians nor their constituents want to pay the higher taxes required for unlimited health care.

The question of precisely what services should be covered by government and what services should be paid for by individuals out of their own funds, either partially or fully, directly or through private insurance, is one that requires full discussion. Though these crucial questions are difficult ones, and just asking them arouses anxiety in some Canadians, they must be the focus of serious public debate. The Committee, through its subsequent reports of this study, hopes to provide a forum for this debate.

---

[39] Tom Kent (13:40).

It is no longer possible for Canadians to gloss over the issues of what services are to be covered by their public health care insurance plan, and how the plan should be paid for, by simply referring to the laudable principles of comprehensiveness and accessibility in the *Canada Health Act*. These terms, even though they represent very important principles to all Canadians, are no longer sufficient to enable the government, and all Canadians, to avoid confronting the difficult practical decisions that must be made with respect to our health care system. In future parts of its study, the Committee will outline options for addressing these issues, and for examining the opinions and expectations of Canadians about their health care system.

CHAPTER THREE:

PUBLIC EXPECTATIONS ABOUT HEALTH CARE

> *The universality of the system is certainly linked to strong Canadian values like egalitarianism and generosity...*
> *Our health care system is a powerful symbol of our societal values.*
>
> *Chris Baker, V-P, Environics Research Group (9:30 and 9:33).*

For many Canadians, our health care system is a defining feature of the country and a symbol of our societal values. They cherish their public health care insurance plan for what it is, and for the values it represents: shared risk, compassion, fairness and common responsibility. However, an increasing number of Canadians are concerned that the health care system will not retain these qualities in the future. Many believe that health care in Canada is not as good now as it was in the past, because of government cuts in health care spending, longer waiting lists for doctors and procedures, and the number of doctors and nurses leaving to work in the United States. These views reflect an understanding that health care costs will continue to grow, especially for prescription drugs and new medical technologies, for instance.

Knowing more about public values and attitudes is a vital component that can help ensure the development of policy options that are consistent with the views of Canadians. In this perspective, the Committee invited Canadian pollsters to provide more information on historical and current public attitudes towards, and expectations of, the health care system. We acknowledge that different surveys and polls often ask different questions and use different survey methods and that, as a result, findings may not be directly comparable. It is interesting to note, however, that we found great consistency and similar long-term trends in the polling data presented to the Committee.

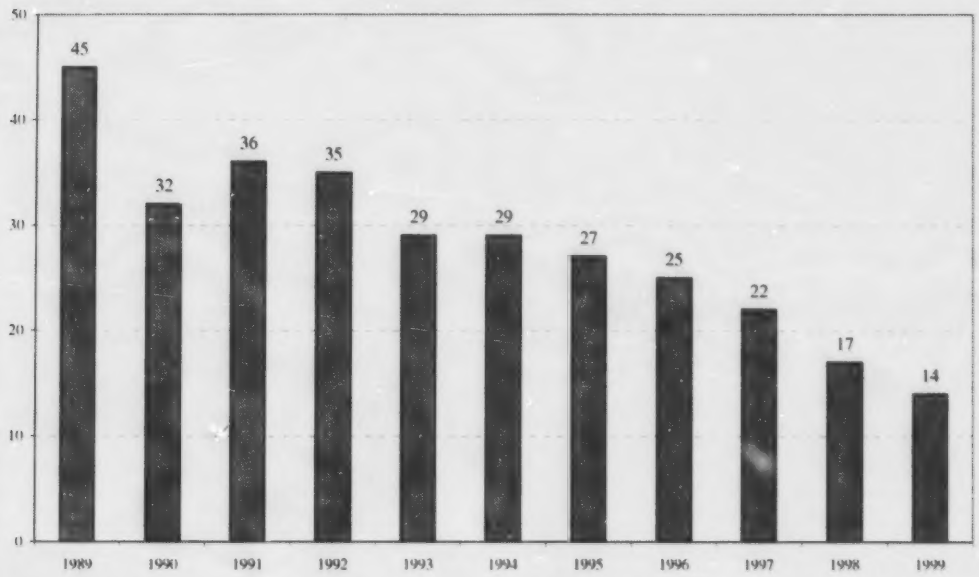
3.1 Health Care is an Important Public Policy Concern

Canadians' faith in their health care system has declined significantly during the past decade. A survey by Goldfarb Consultants found that 45% of Canadians felt in 1989 that the health care system was working well, compared with only 14% in 1999 (see Graph 3.1). Similarly,

the Environics survey suggests that the level of satisfaction with the Canadian health care system has decreased dramatically during the 1990s. In fact, there is a growing consensus that there is a problem with our health care system.

GRAPH 3.1

PERCEPTION THAT THE HEALTH CARE SYSTEM IS WORKING QUITE WELL

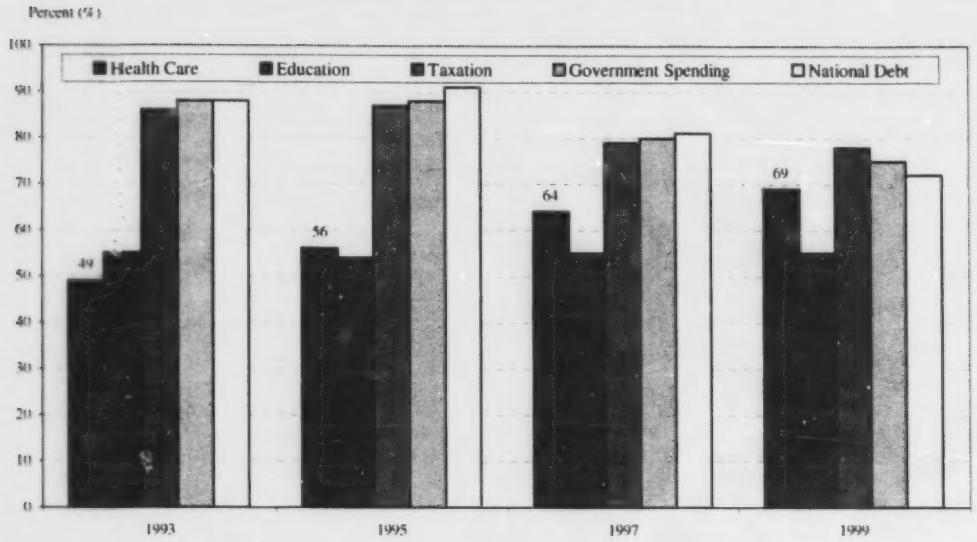


Source: Goldfarb Consultants. Presentation to the Committee. 22 March 2000. Slide 6.

> *It is not that taxation and debt have completely disappeared from the agenda, they are still in the public's mind, but health is grabbing a larger share of that concern.*
>
> *Dr. Scott Evans, Senior Statistical Consultant, Goldfarb (9:36).*

With respect to public policy, data from the Goldfarb survey indicate that Canadians are becoming more and more concerned with health care (see Graph 3.2). In the early 1990s, Canadians were predominantly concerned with government spending, the debt and taxes. While taxation remained a major public policy concern in 1999, health care was perceived as one of the most important problems facing Canada. There were, however, demographic differences on this issue. For example, in 1999, women were more concerned about health care, while men were more concerned about taxes. Similarly, older Canadians were more concerned about the state of the health care system than younger ones.

GRAPH 3.2
PUBLIC POLICY: SHIFTING CONCERNS



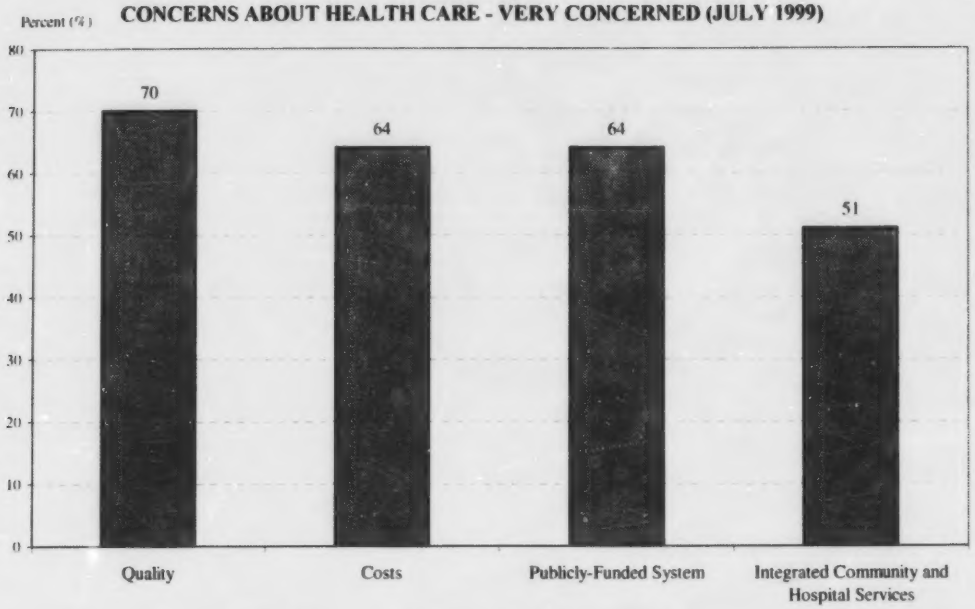
Source: Goldfarb Consultants. Presentation to the Committee. 22 March 2000. Slide 13.

3.2 Canadians Are Concerned About Quality, Access and Universality

According to the Environics survey, quality appears to be the most important health care concern. About 70% of Canadians were very concerned about quality in 1999 (see Graph 3.3). Health care costs and the maintenance of a publicly funded health care system were both seen as very important, but secondary (with 64%). Some 51% of Canadians were very concerned about the integration of community and hospital services. During the hearings, it was noted that concerns about cost and the publicly funded system have decreased since 1994, but the concerns about quality have remained persistently high.[40]

[40] Chris Baker (9:31 ?2).

GRAPH 3.3
CONCERNS ABOUT HEALTH CARE - VERY CONCERNED (JULY 1999)



Source: Environics Research Group. Presentation to the Committee, 22 March 2000. Slide 23.

Furthermore, Chris Baker explained that there is a strong link between quality and accessibility in the mind of Canadians (see Graph 3.4). In his view, they would strongly resist any measures that could restrict access to health care.[41]

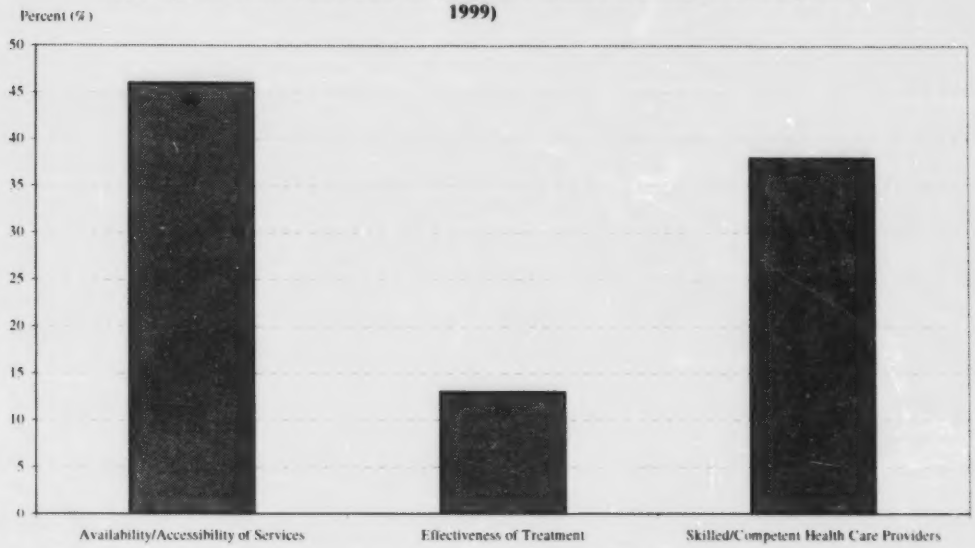
> *Access and availability remain the top areas of concern, and any move to restrict that would be strongly resisted by Canadians.*
>
> *Chris Baker, V-P, Environics Research Group* (9 :33).

3.3 Health Care is a Priority

The 1999 Goldfarb survey asked about the most desirable use of the federal budgetary surplus. While cuts to personal income tax were important to Canadians, reinvesting in health care was just as high a priority (Graph 3.5). Universality remains a core value for Canadians. In fact, support for universal health care insurance coverage for all regardless of economic status increased from 81% to 84% between 1991 and 1999 (Graph 3.6).

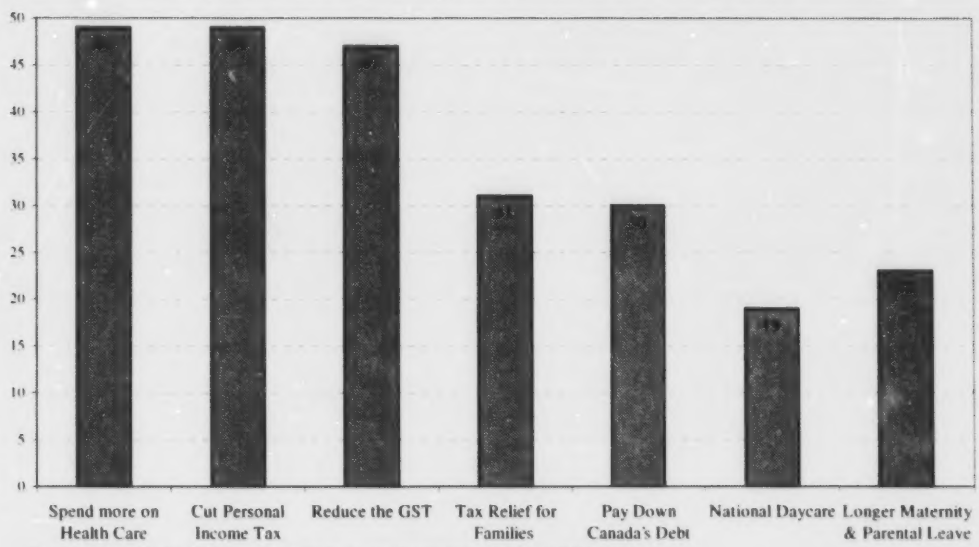
[41] Chris Baker (9:32).

GRAPH 3.4
MOST IMPORTANT FEATURE OF QUALITY HEALTH CARE SYSTEM (JULY 1999)



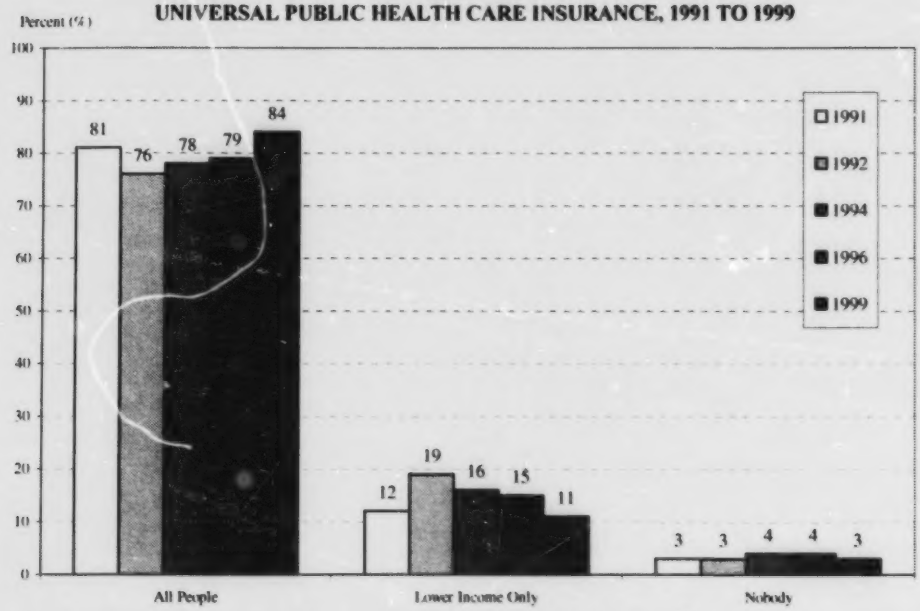
Source: Environics Research Group. Presentation to the Committee. 22 March 2000. Slide 26.

GRAPH 3.5
FEDERAL BUDGETARY SURPLUS: HEALTH CARE IS A PRIORITY



Source: Goldfarb Consultants. Presentation to the Committee. 22 March 2000. Slide 22.

GRAPH 3.6
UNIVERSAL PUBLIC HEALTH CARE INSURANCE, 1991 TO 1999



Source: Environics Research Group. Presentation to the Committee. 22 March 2000. Slide 27.

When asked about spending priorities in health care, Canadians show a strong preference for "bricks and mortar" infrastructure and research activities. Community-based activities are considered secondary, and activities that are seen as remote from front-line care are assigned the lowest priority for new health care funding.

Some 78% of Canadians believe that maintaining hospital beds is a high priority, followed by funding research for women's diseases, and medical technology. Population health initiatives, while providing benefits over the long term, cannot match the immediacy of new hospital beds or high-tech diagnostic or therapeutic equipment in the public perception. Baker explainedthis as follows:

> I believe this is because there is a certain immediacy to anxiety about our health care system... Hospital beds and high-tech equipment will deliver immediate benefits, whereas community-based initiatives, population health initiatives, are seen as more long term. Canadians, because of their level of

> anxiety, focus on those activities that will deliver benefits immediately rather than down the road.[42]

Abby Hoffman from Health Canada expressed similar views:

> (...) when people feel that the care and treatment side is vulnerable, they are somewhat resistant, quite understandably, to seeing more energy, and possibly more resources, being devoted to health prevention and promotion, public health, population health, those kinds of activities.[43]

Graham Scott, a former deputy minister of health in the province of Ontario, cautioned that while short term solutions may help ease the anxiety of Canadians about their health care system, long term solutions could bring more benefits down the road. He provided the following example:

> If you spend $100 million to upgrade the OHIP system in Ontario, in the short term that does not cure one patient. However, if you announce that you are expanding the emergency wings in six community hospitals in southwestern Ontario, that is worth many seats. That is where the trade-off is.[44]

In his view, "it will take a fair amount of political courage at the federal and provincial levels" to invest in those areas that can bring the most benefits in the long term.

3.4 Health Care is a Federal/Provincial Partnership

Both the Environics and Goldfarb surveys indicate that Canadians expect both levels of government to do their part to reinvest in health care. Both surveys also suggest that Canadians give low marks to both the federal and provincial governments on their handling of health care issues. Furthermore,

> *There is declining satisfaction with the system and critical assessments of all government performance in this area. There is a strong desire for governments to stop competing on the issue of health care and start cooperating.*
>
> *Chris Baker, V-P, Environics Research Group (9:33)*

[42] Chris Baker (9:32).
[43] Abby Hoffman (13:27).
[44] Graham Scott (20:13)

Canadians are impatient with blame-laying, they are more interested in positive results and intergovernmental cooperation. For example, as Dr. Scott Evans pointed out:

> Canadians are also becoming impatient with the bickering between the two levels of government. When asked about their understanding of federal-provincial relations, they cannot seem to understand why there is such unwillingness or inability to reach agreement on what needs to be done. There is a sense of losing patience with what governments are doing.[45]

3.5 Support for the Principles of the *Canada Health Act* is High

A review of polls, surveys and reports from the past ten years undertaken by the Conference Board of Canada shows that support for the principles of the *Canada Health Act* has remained high throughout the past decade. The highest supported principles have been universality and accessibility, while public administration has received the lowest support (see Table 3.1).

TABLE 3.1
THE PRINCIPLES OF THE *CANADA HEALTH ACT* ARE "VERY IMPORTANT" (PERCENTAGE)

	1991	1994	1995	1999
Universality	93	85	89	89
Accessibility	85	77	82	81
Portability	89	78	81	79
Comprehensiveness	88	73	80	80
Public Administration	76	63	64	59

Source: Conference Board of Canada, Canadians' Values and Attitudes on Canada's Health Care System: A Synthesis of Survey Results, 6 October 2000, p. 11.

Despite this strong support, many Canadians believe that, with the exception of universality, the health care system is not fully living up to the national principles of Medicare. According to the Conference Board, these views "are not entirely surprising, given that many health services that Canadians rely on fall outside the scope of the *Canada Health Act* (...)."[46]

---

[45] Dr. Scott Evans (9:38).

[46] Conference Board of Canada, *Canadians' Values and Attitudes on Canada's Health Care System: A Synthesis of Survey Results*, 6 October 2000, p. 12.

3.6 Decreasing Support for User Charges and Private Initiatives

Surveys show an increasing resistance to financial measures that would limit access to health care. According to Goldfarb Consultants, support for patient charges to visit a doctor, which was on the rise between 1989 to 1992, has been on decline since then (see Graph 3.7). Similarly, the Environics survey indicates that only a minority of Canadians (31%) believe that private clinics are a good way to reduce waiting lists. In addition, there is increasing concern that the introduction of privately-run facilities will erode the publicly-funded health care system (Graph 3.8).

In its 2000 survey review, the Conference Board of Canada suggests that support for various privatization options is higher when they are presented a a means for preserving Medicare either through making the system more efficient or ensuring equal access to high quality services. For example, with respect to user charges, it states that "support for user fees is often conditional – support is highest if user fees are presented as a method to improve system efficiency while not prohibiting people from accessing needed services."[47] Similarly, with regard to private facilities, the Board's report indicates: "Public support is stronger for people purchasing private services in the event that the public system is unable to provide the necessary services than for allowing people to purchase services for the purposes of receiving faster or better service."[48]

3.7 Committee Commentary

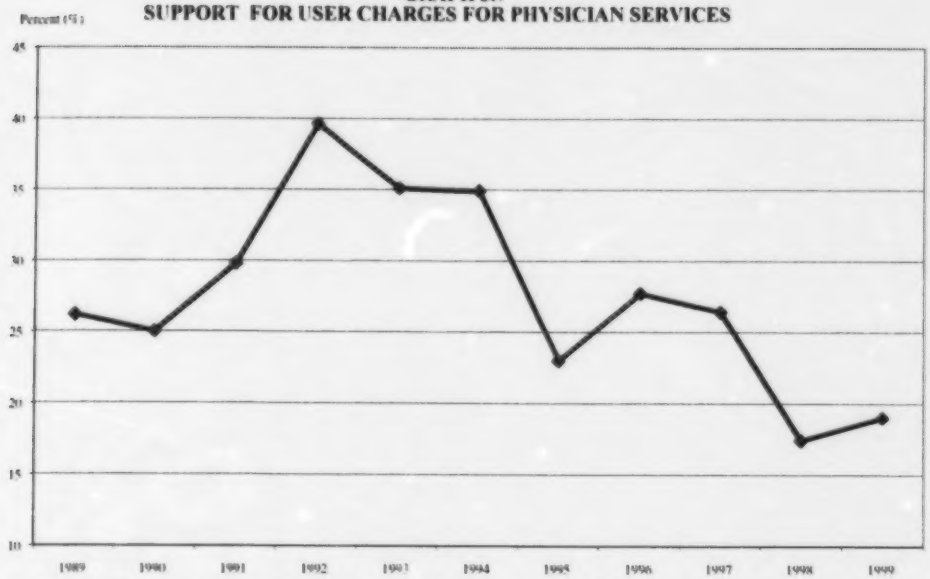
The reason for the decline in public confidence to the Canadian health care system remains open to debate. According to Dr. Scott Evans:

> Certainly much of the financial restructuring in the health care system, and the response of the media and the various advocacy groups to that, have all contributed to this general sense of declining faith.[49]

---

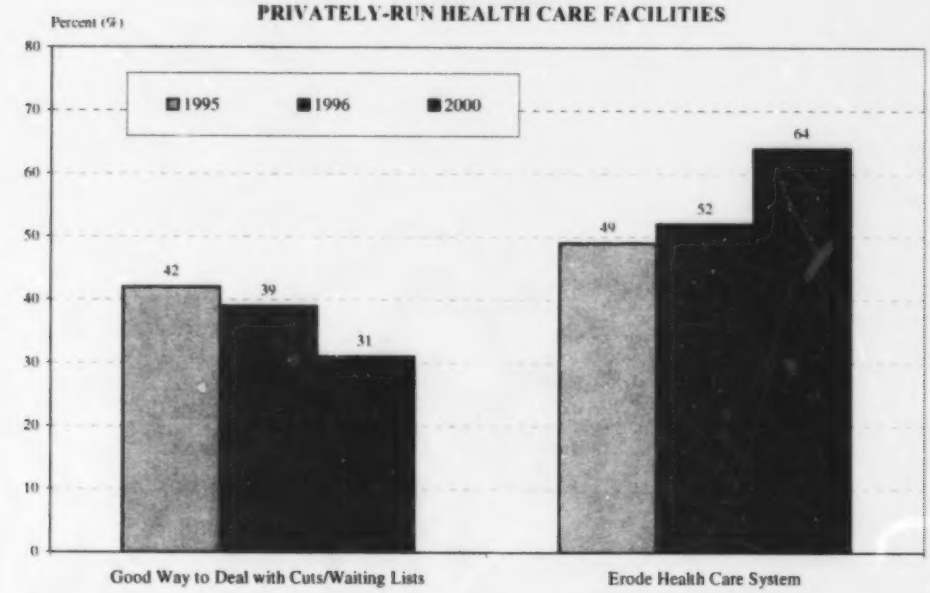
[47] *Ibid.*, pp. 31-32.
[48] *Ibid.*, p. 2.
[49] Dr. Scott Evans (9:34-35).

GRAPH 3.7
SUPPORT FOR USER CHARGES FOR PHYSICIAN SERVICES



Source: Goldfarb Consultants. Presentation to the Committee. 22 March 2000. Slide

GRAPH 3.8
PRIVATELY-RUN HEALTH CARE FACILITIES



Source: Environics Research Group. Presentation to the Committee. 22 March 2000. Slide 45.

Similarly, Dr. John S. Millar, V-P of Research and Analysis at the Canadian Institute for Health Information (CIHI) indicated:

> (...) changes in funding and the reductions in funding have clearly created a lot of stresses in the system. (...) One of those is that public confidence has been eroded significantly. We certainly have very well documented in this report that there has been less access to some services, such as emergency rooms and some specialist services and procedures. As a consequence of that and as a result of media attention to it, public confidence has dropped quite considerably.[50]

While reductions in government spending are often pointed as an important factor in declining public support for Medicare, it remains unclear whether or not recent increases in federal CHST transfers through the enactment of Bill C-32 (2000) and Bill C-35 (2000) will be enough to enhance Canadians' confidence in the publicly funded health care system. Moreover, the Committee was told that the lack of confidence in the system should not be confused with the actual performance of the health care system. In fact, when patients are questioned about the health care they have received, they are generally satisfied:

> (...), when you ask people who have actually been the recipients of care, they express very high levels of satisfaction. That reflects the fact that the provider groups, that is, doctors and nurses, despite all the stresses, have been struggling to continue to perform to a high level. The performance measures we have show that there are good outcomes. It is an interesting dichotomy, which shows up time and time again when these types of surveys are done. [51]

Sholom Glouberman, Director of the Health Network, Canadian Policy Research Networks, suggested that the major issue therefore is to develop strategies that will enhance public confidence in Canada's health care system:

> There is a bit of confusion between the actual performance of the health care system and people's lack of confidence in it. The response to people's lack of confidence in the health care system is often to add more resources to the system. That does not tackle the problem, because the problem is about

[50] Dr. John S. Millar (14:35).
[51] Dr. John S. Millar (14:35).

> confidence. The question is: What strategies can be used to increase confidence in the health care system? Part of it is information. Another part is an assurance that the health care system will be there when people need it. That has been a big part of the struggle.[52]

This is one of the current challenges in our health care system:

> I believe that this is an interesting and volatile period with respect to public opinion. There is an opportunity to make great gains on the legitimacy of different kinds of approaches to health care that will be able to restore a sense of faith and confidence in the system.[53]

Public opinion and public expectations are vital to the examination of Canada's health care system. In Phase Two of its study, the Committee will look at the issue of rising expectations, as they may have a significant impact on future government decisions, particularly as regards what health services to cover and who should be eligible for publicly funded health care, as well as how the money to pay for these services should be raised.

---

[52] Sholom Glouberman (9:18-19).
[53] Dr. Scott Evans (9:37).

CHAPTER FOUR:

TRENDS IN HEALTH CARE EXPENDITURES

The purpose of this chapter is to provide a factual in-depth review of past and current trends in health care spending in Canada. The chapter is divided into six sections. The first section describes historical trends in total health care expenditures. Section 2 examines trends in public and private spending. Section 3 details trends by category of expenditures. Section 4 gives a brief comparison between Canadian and international spending on health care. Section 5 looks at provincial health care spending. Section 6 summarizes the causes of, and pressures on, health care costs. The chapter builds on data provided by the Canadian Institute for Health Information (CIHI) and the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD).[54]

Data on health care spending reported by both CIHI and the OECD include the following: hospitals, other institutions (namely residential care facilities), physicians, other health care professionals (such as chiropractors, physiotherapists, opticians and so on), drugs – both prescribed and non-prescribed, capital, public health (including health promotion and disease prevention), health research and personal health supplies and devices. This definition is consistent with the Committee's broad definition of health care given in the introduction to this report.

As we will see in the following sections, there are different ways of measuring how much Canada spends on health care. The interpretation of the level of health care expenditures and their trends depends upon how we measure spending.

> *(...) we are spending less than we think, far less of it from public sources than most other countries, and the federal share of spending for health care is far higher than provincial rhetoric would lead one to believe.*
>
> *Raisa Deber, Professor, University of Toronto (8:3).*

[54] CIHI, *National Health Expenditure – Trends*, Ottawa, 15 December 1999 (1975-1999) and 11 December 2000 (1975-2000); and OECD, *OECD Health Data*, CD-ROM, Paris, 1999 and 2000.

4.1 Global Trends – From 1975 to 2000

Graph 4.1 depicts the evolution of total health care spending in Canada over the last 25 years. Expressed in current or nominal dollars (bold line), total health care expenditures grew steadily from $12.2 billion in 1975 to $95.1 billion in 2000. In fact, the growth in nominal health care expenditures exhibited double digit rates in the 1970s and early 1980s, but it did slow considerably to single digit growth rates in the latter part of the 1980s and the 1990s.[55] Abby Hoffman from Health Canada told the Committee:

> We must be careful how we interpret the extent and the significance of the slowdown because raw numbers are a little misleading. We need to take into account the much higher levels of inflation in the 1970s and early 1980s, compared with single digit inflation in the latter part of the 1980s and the 1990s, and our current very low levels.[56]

The second line in Graph 4.1 represents total health care expenditures adjusted for inflation and converted into constant (1992) dollars.[57] Even after removing the effect of inflation, which makes it possible to measure real growth rates, health care spending rose steadily from 1975 to the early 1990s. However, the real rates of growth throughout the 1975-2000 period were much lower, in the range of less than 1% to about 5%.[58]

According to CIHI, sustained growth in health care spending in the last four years reflects primarily increased investment in health care by governments.

A number of witnesses who appeared before the Committee suggested that, in order to properly interpret trends in health care spending, the data should also be adjusted to the size of the population. Total health care spending per capita is presented in Graph 4.2.

---

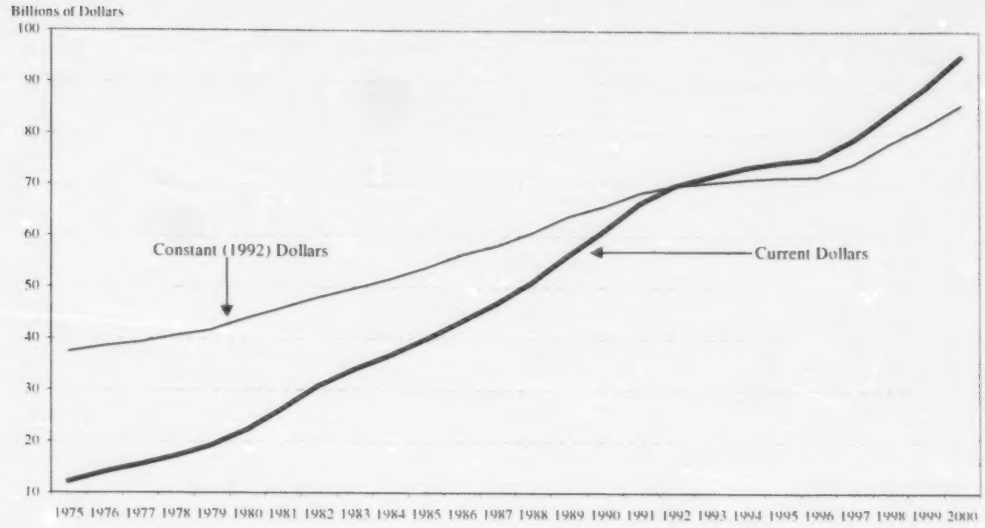
[55] More precisely, total health care spending grew at an average annual rate of 11.1% over the period 1975 to 1991. Then, growth fell substantially to an average annual rate of 2.6% between 1991 and 1996. The average annual rate of growth is expected to have risen to some 6.0% between 1996 to 2000.

[56] Abby Hoffman (13:8).

[57] Data are usually adjusted for inflation by using a GDP implicit price index (the 1992 index equals 100).

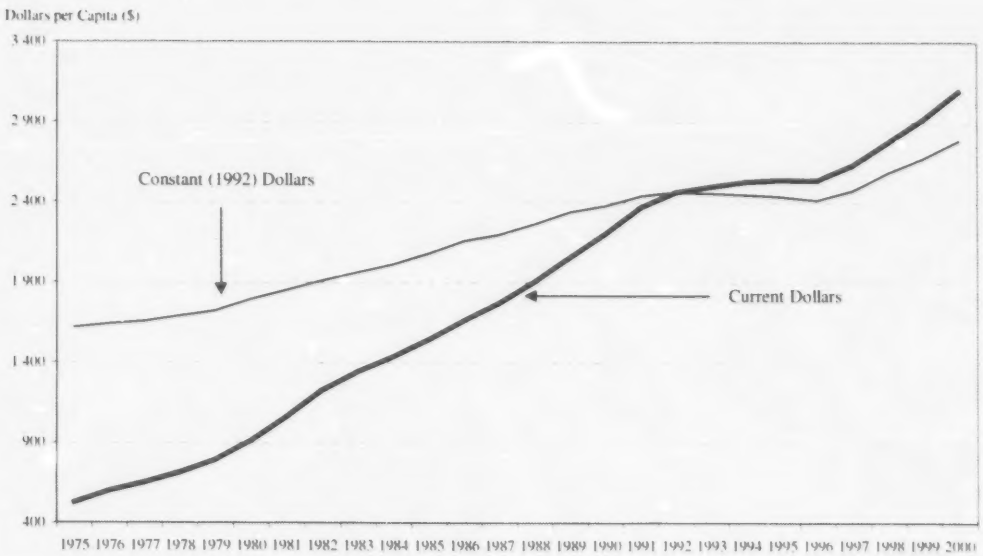
[58] Real rates of growth averaged 3.8% between 1975 and 1991, 1.0% between 1991 and 1996 and 4.6% between 1996 and 2000.

GRAPH 4.1
TOTAL HEALTH CARE EXPENDITURES IN CANADA



Source: CIHI(2000) and Library of Parliament.

GRAPH 4.2
TOTAL HEALTH CARE EXPENDITURES IN CANADA



Source: CIHI(2000) and Library of Parliament.

The fine line, which represents per capita expenditures adjusted for both inflation and population, indicates that health care spending in Canada increased from 1975 to the early 1990s. However, there were small annual declines in real expenditures per capita from 1992 to 1996. This trend was reversed in 1997 and real annual rate of growth in spending per capita is expected to average 3.6% between 1997 and 2000.

GRAPH 4.3
TOTAL HEALTH CARE SPENDING IN CANADA AS A PERCENTAGE OF GDP

Source: CIHI(2000) and Library of Parliament.

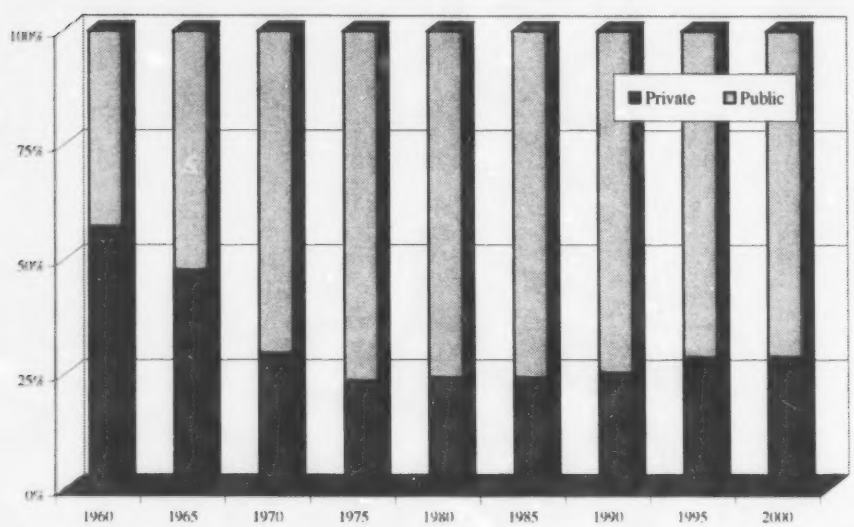
Another way to measure how much Canada spends on health care is to calculate health care expenditures as a percentage of gross domestic product (GDP).[59] This indicator, which is referred to as the "health care to GDP ratio", reflects the extent to which Canada devotes productive resources to health care. In 1975 (see Graph 4.3), health care expenditures in Canada amounted to 7.0% of GDP. This percentage increased for the most part of the 1970s and the 1980s, and it peaked at 10% in 1992. Then, the health care to GDP ratio decreased continually from 1992 to 1996, when it reached 9.0%. The latest forecast by CIHI suggests that this downward trend has been reversed: the share of the GDP devoted to health care rose to 9.3% in 1998 and it has remained at this level in 1999 and 2000.

[59] As explained in Chapter 1, the GDP measures the value of all goods, services and investments in a country during a year.

4.2 Public versus Private Spending

While the public sector is currently the main source of health care funding in Canada, this was not the case forty years ago, when over half of health care spending came from the private sector.[61] Graph 4.4 provides information on the sources of health care financing in Canada. In 1960, private sector funding accounted for over 57% of total health care expenditures. Throughout the next decade, as universal health care insurance was introduced in the provinces, health care expenditures by the public sector grew at rates that were much higher than the growth rates in private sector funding. As a result, the private sector share dropped dramatically. By 1975, the public sector share had increased to over 76%, while the private share accounted for the remaining 24%.

GRAPH 4.4
PUBLIC AND PRIVATE SHARES OF TOTAL HEALTH CARE EXPENDITURES

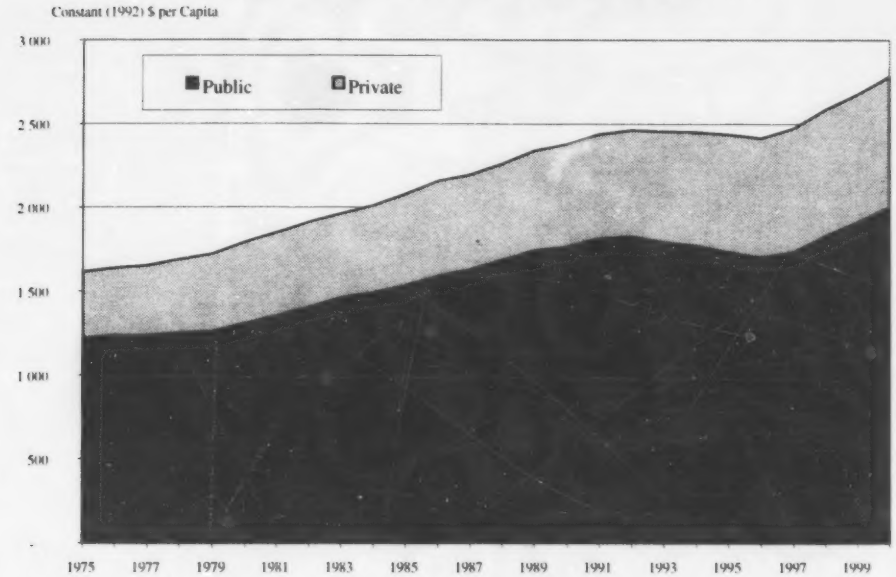


Source: Vern Hicks (1999), CIHI (2000) and Library of Parliament.

Between 1975 and 1985, the private and public shares remained relatively constant. Then, governments initiated restraints in funding for hospitals and physician services and introduced measures to enhance efficiencies in the health care system. This resulted in a

levelling off of public expenditures. As the same time, the private sector share began to increase and, in 1997, it peaked at 30%, higher than at any time since 1970. The private sector share has decreased slightly in recent years, to reach 29% in 2000. In that year, the public sector share amounted to 71% of total of health care spending.

GRAPH 4.5
PUBLIC AND PRIVATE HEALTH CARE SPENDING



Source: CIHI (2000) and Library of Parliament.

Once again, it is useful to consider trends when expenditures are adjusted for both inflation and population size. Graph 4.5 shows that public sector expenditures per capita in constant dollars increased continuously from 1975 to 1992. Between 1992 and 1996, public sector expenditures on health care on a per capita basis decreased in real terms. In other words, growth in public spending on health care did not keep up with either economic growth or population growth. This downward trend was reversed in 1997 and, in 1998, public spending on health care, per capita, in constant dollars, came back to its 1992 peak. This was followed by a real growth of 4.4% in 1999 and 4.8% in 2000:

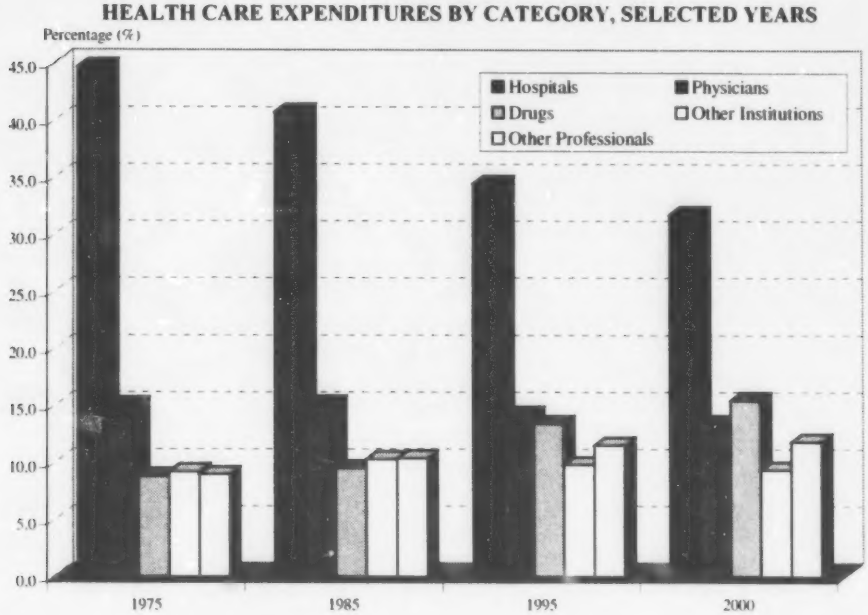
[60] The public sector refers to the various levels of government. Private sector spending primarily consists of direct out-of-pocket costs by individuals and expenditures covered by third-party insurers. Expenditures by Workers' Compensation Boards are included in public spending on health care.

When one adjusts spending for overall population growth and general inflation, the slowdown in public spending – indeed the decline in the mid-1990s – becomes more apparent. In other words, the mid 1990s was clearly a period when public health expenditures did not keep pace with overall, albeit low, inflation rates and population growth. However, with the rebound in public health expenditures in the late 1990s, the overall level of public spending regained its peak of the early 1990s in terms of real per capita expenditures, even after adjusting for population growth and the general rise in price levels.[61]

4.3 Categories of Expenditures

In 2000, Canada spent $30.2 billion on hospital care. Hospital care is the largest category of health care expenditures, accounting for 31.8% of total health care spending in 2000. The share of total health care spending allocated to hospitals has seen a downward trend over the last 25 years, from a high of 45.0% of total health care expenditures in 1976 (see Graph 4.6).

GRAPH 4.6
HEALTH CARE EXPENDITURES BY CATEGORY, SELECTED YEARS



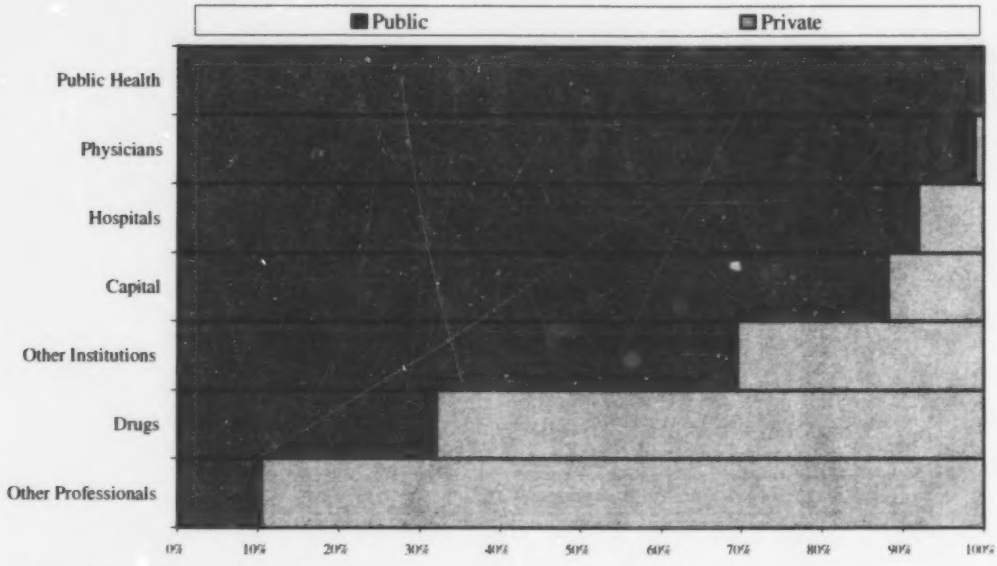
Source: CIHI(2000) and Library of Parliament.

[61] Abby Hoffman (13:8).

Spending on physician services amounted to almost $12.8 billion in 2000, representing 13.5% of total health care expenditures. Between 1975 and 1985, the share of total health care spending on physician services remained relatively constant. It declined slightly from 1985 to 2000.

Since 1997, expenditures on drugs have been the second largest category of total health care spending, overtaking spending on physician services. The share of total health care spending allocated for drugs has grown continuously over the last 25 years, from 8.8% in 1975 to 9.5% in 1985, 13.4% in 1995 and 15.5% in 2000.

GRAPH 4.7
SHARE OF PUBLIC\PRIVATE HEALTH CARE SPENDING BY CATEGORY, 2000



Source: CIHI (2000) and Library of Parliament.

Public spending by category ranges from 100% of expenditures on public health to 10% of expenditures on health care providers other than physicians (see Graph 4.7). More than 70% of total expenditures in all categories, except drugs and other professionals, is publicly funded. Public sector spending on hospitals accounts for some 91% of total spending on hospitals, while just under 99% of total physician services is financed by public sector sources. Private health care spending in Canada is generally concentrated in areas such as

drugs, dental services, vision care and home care, items for the most part not covered under the *Canada Health Act*.

4.4 International Comparisons

International comparisons are another way of evaluating our health care system. Indeed, in attempting to determine the optimum size of the health care sector, international comparisons are essential to gaining a better understanding of the volume of expenditures and the factors causing them to increase. There is a variety of indicators for health care spending that can be used when comparing countries. As Professor Deber pointed out during her presentation to the Committee, it is important to give a precise definition of what is measured by each indicator because Canada's ranking changes depending upon the indicator used to measure health care spending.

There are three types of indicators that are most commonly used to compare the level of health care expenditures among countries. The most frequently used indicator is the ratio of health care expenditures to GDP, which measures how much of the total economy each country is devoting to health care.

As shown in Table 4.1, in 1998, Canada ranked fourth (9.5%) among the OECD countries, after the United States (13.6%), Germany (10.6%) and Switzerland (10.4%), in terms of the ratio of total health care expenditures to GDP. The United States spent the highest proportion of GDP on health care, while Turkey spent the least. Japan ranked 18th, with a relatively low proportion of GDP devoted to health care (7.6%). On average, OECD countries spent 7.9% of GDP on health care. This indicator suggests that Canada spent more on health care than the OECD average in 1998 and is one of the top spenders on health care.

TABLE 4.1

Health Care Expenditures in OECD Countries in 1998						
Country	**Expenditures as a % of GDP**	**Rank**	**Per Capita Expenditures in US $**	**Rank**	**Per Capita Expenditures In $ PPP**	**Rank**
Australia	8.5	9	1,691	17	2,036	12
Austria	8.2	15	2,164	11	1,968	13
Belgium	8.8	6	2,169	10	2,081	9
Canada	**9.5**	**4**	**1,828**	**14**	**2,312**	**5**
Czech Republic	7.2	19	393	24	930	24
Denmark	8.3	12	2,736	5	2,133	7
Finland	6.9	21	1,724	15	1,502	17
France	9.5	5	2,333	8	2,055	11
Germany	10.6	2	2,769	4	2,424	3
Greece	8.3	13	957	22	1,167	23
Hungary	6.8	22	319	26	705	26
Iceland	8.3	14	2,468	7	2,103	8
Ireland	6.4	24	1,436	19	1,436	19
Italy	8.4	10	1,720	16	1,783	15
Japan	7.6	18	2,283	9	1,822	14
Korea	5.0	27	351	25	730	25
Luxembourg	5.9	26	2,473*	6*	2,215	6
Mexico	4.7*	28*	202*	28*	356*	28*
Netherlands	8.6	7	2,143	13	2,070	10
New Zealand	8.1	16	1,127	20	1,424	20
Norway	8.6	8	2,836	3	2,330	4
Poland	6.4	25	263	27	496	27
Portugal	7.8	17	859	23	1,237	21
Spain	7.1	20	1,044	21	1,218	22
Sweden	8.4	11	2,146	12	1,746	16
Switzerland	10.4	3	3,834	2	2,794	2
Turkey	4.0*	29*	122*	29*	255*	29*
United Kingdom	6.7	23	1,607	18	1,461	18
United States	**13.6**	**1**	**4,178**	**1**	**4,178**	**1**
OECD Average	7.9	-	1,730	-	1,689	-

**1997 data.*

Source: OECD Health Data 2000.

Another international indicator is "nominal spending per capita": it involves converting national currency units into a common unit (usually US dollars) and then dividing by its population. This indicator is therefore adjusted for population size. The third column in Table 4.1 indicates that Canadian health care spending in 1998 amounted to $1,828 US per capita. Using this measure, Canada slipped to 14th place, far behind the United States ($4,178 – 1st place), Switzerland ($3,834 – 2nd place), Norway ($2,836 – 3rd place) and Germany ($2,769 – 4th place). Canada's spending on health care was comparable with that

of Sweden, the Netherlands and Finland. By comparison, Japan ranked 9th, spending $2,283 US per capita. Using this indicator, Canadian spending on health care is in line with the average OECD amount and we are not among the countries that spend the most on health care. Japan's showing is not nearly so impressive: while it ranked 18th in terms of health care expenditures as a percent of GDP (among the lowest spending levels), Japan's comes in 9th place in terms of US dollars per capita (among the highest levels of health care expenditures).

A more sophisticated indicator uses purchasing power parity (PPP) per capita; it is computed by comparing the prices of identical products in various countries and dividing by population.[62] The conversion into PPPs eliminates price disparities between countries. With this indicator, Canada remains among the top, ranking 5th ($2,312 per capita), following the United States ($4,178), Switzerland ($2,794), Germany ($2,424) and Norway ($2,330). Japan ranked 14th, in the middle of all the OECD countries ($1,822).

Regardless of the measurement used, the United States clearly spent the most on health care in 1997, followed by Germany and Switzerland. Although Canada's spending was high, it was proportional to that of several other countries.

Table 4.2 provides the OECD ranking with respect to public health care spending. In 1998 in almost all countries, the best part of health care spending came from the public sector. In Canada, 69.6% of total health care expenditures were publicly financed, a proportion lower than the average among OECD countries (73.6%). The United States and Korea were the only two OECD countries where more health care spending came from the private sector than from the public sector, with approximately 45% of total health care spending coming from public sources. At the other extreme was Luxembourg, where 92.3% of total health care expenditures were publicly financed. Compared with other OECD countries, Canada

[62] PPP is an international price index calculated by comparing the prices of identical goods in various countries. It indicates the rate at which one currency must be converted into another currency to be able to purchase an equivalent basket of goods and services in other countries. Dollars adjusted by the PPP make it possible to compare the prices of identical products in various countries. PPP is not, therefore, simply a monetary conversion but an equivalence which takes into consideration a real value assigned to a basket of goods and services.

had the 9th highest public health care expenditures measured as a percentage of GDP. Interestingly, Canada's level of public health care spending as a proportion of GDP was close to that of the United States.

TABLE 4.2

Public Health Care Expenditures in OECD Countries (1998)				
Country	**Public Share of Total Health Care Expenditures (%)**	**Rank**	**Public Health Care Expenditures as a % of GDP**	**Rank**
Australia	69.5	22	5.9	15
Austria	70.5	19	5.8	16
Belgium	89.7	3	7.9	1
Canada	**69.6**	**21**	**6.6**	**9**
Czech Republic	91.9	2	6.6	10
Denmark	81.9	8	6.8	8
Finland	76.3	14	5.3	21
France	76.4	13	7.2	4
Germany	74.6	16	7.9	2
Greece	56.8	27	4.7	25
Hungary	76.5	12	5.2	22
Iceland	84.3	4	7.0	6
Ireland	75.8	15	4.8	24
Italy	67.3	23	5.6	17
Japan	78.3	9	6.0	13
Korea	45.8	28	2.3	29
Luxembourg	92.3	1	5.4	19
Mexico	60.0*	26*	2.8*	28*
Netherlands	70.4	20	6.0	14
New Zealand	77.1	10	6.2	11
Norway	83.1	7	7.1	5
Poland	65.4	25	4.2	26
Portugal	66.9	24	5.2	23
Spain	76.9	11	5.4	20
Sweden	83.8	5	7.0	7
Switzerland	73.4	17	7.7	3
Turkey	72.8*	18*	2.9*	27*
United Kingdom	83.7	6	5.6	18
United States	**44.7**	**29**	**6.1**	**12**
OECD Average	73.6	-	5.8	-

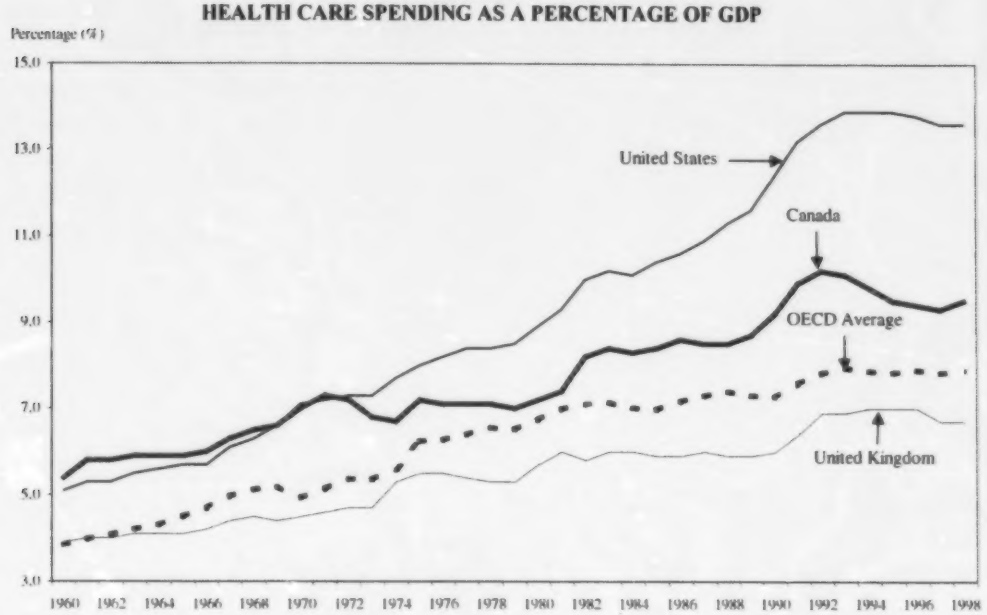
**1997 data.*

Source: OECD Health Data 2000.

Have different countries experienced similar trends in health care expenditures over the last four decades? Graph 4.8 depicts the evolution of health care expenditures as a percentage of GDP in selected OECD countries from 1960 to 1998. It can be seen that the United

Kingdom has consistently devoted far less of its GDP to health care than either Canada or the United States has done. Trends in health care to GDP ratio in Canada and the United States looked virtually identical until about 1971 – when Canada instituted universal health care insurance, while the United States did not.

GRAPH 4.8
HEALTH CARE SPENDING AS A PERCENTAGE OF GDP



Source: OECD Health Data (2000) and Library of Parliament.

The health care spending to GDP ratio in Canada remained relatively stable throughout the 1970s. Then it peaked at 10.2% in 1992, second only to the United States. Many observers have argued that Canada now had one of the most expensive health care systems among OECD countries. This result was widely discussed and interpreted as meaning that the Canadian model was inherently inflationary. As in Canada, most OECD countries experienced growth in health care expenditures as a percentage of GDP during most of the 1975-1990 period. Increases also occurred in the early 1990s, during periods of low GDP growth and recession, and then were followed by stabilization or slight declines in the ratio of health care spending to GDP. However, Canada is the only country to have experienced a five-year decline (from 1992 to 1997).

4.5 Health Care is a Priority in the Provinces

During her testimony, Raisa Deber contended that health care is the priority for provincial governments and that spending on education and social assistance has been cut rather drastically in the provinces. Graph 4.9 depicts provincial government spending on health care, education and social services as a percentage of total program spending; while provincial governments have increased the proportion of public spending devoted to health care and social assistance, spending on education has been declining steadily. The 2000-01 Performance and Potential report of the Conference Board of Canada shows similar trends: in the last three years, 62% of the increase in provincial government spending went to health care, while 25% was devoted to education, 3% to social services, 5% to interest and 5% to general spending.[63]

GRAPH 4.9
HEALTH CARE, EDUCATION AND SOCIAL SERVICES AS A PERCENTAGE OF PROVINCIAL GOVERNMENT SPENDING

Source: Statistics Canada, CANSIM and Library of Parliament.

[63] Conference Board of Canada, *Performance and Potential 2000-2001 – Seeking "Made in Canada" Solutions*, 2000, p. 115.

4.6 Committee Commentary

We hope that this chapter will contribute to a better understanding of the past and current trends in health care spending, of the relationship between public and private health care expenditures, and of the Canadian situation in terms of international comparisons. There remain, however, gaps in the information about health care expenditures. In a recent report, CIHI indicates what we do not know about health care spending in Canada:

- How do changes in health care spending affect the health status of the population?
- How does health care spending differ between regions within provinces?
- What are the costs of treating specific diseases?
- What are the costs of rehabilitation, health promotion and other community-based services?
- How much do Canadians spend out-of-pocket on complementary and alternative medicine (e.g. massage therapy, homeopathy, herbs and other similar remedies, etc.)?[64]

Moreover, there are still other difficult questions. For example, how much of its GDP should Canada devote to health care? What would be an appropriate level of public health care spending? What role should the private sector play in the financing of health care? What should be the role of the federal government in health care and, more specifically, how much money should it earmark for health care? What factors could explain the disparities in health care costs among OECD countries? Are there important lessons for future public policy in Canada that can be learned from a close examination of the international experience? These questions and others will be debated when the Committee examines a set of options for the future of Canadian health care system in Phase Four of its study.

[64] CIHI, *Health Care in Canada – A First Annual Report*, 2000, p. 21.

CHAPTER FIVE:

HEALTH STATUS AND THE CONCEPT OF POPULATION HEALTH

Canadians are extremely interested in health. Personal health status, the health of family members and that of our friends are all important. Good health enables us to lead productive and fulfilling lives. For the country as a whole, a high level of health contributes to increased prosperity and overall social stability. Therefore, the overall level of health enjoyed by Canadians is an important indicator of the success of our society and our quality of life.

5.1 Health Status of Canadians

There is a variety of health status indicators. Life expectancy, for instance, is a widely used, internationally accepted measurement of the health of a population. It is defined as the average number of years an individual of a given age is expected to live if current mortality rates continue.

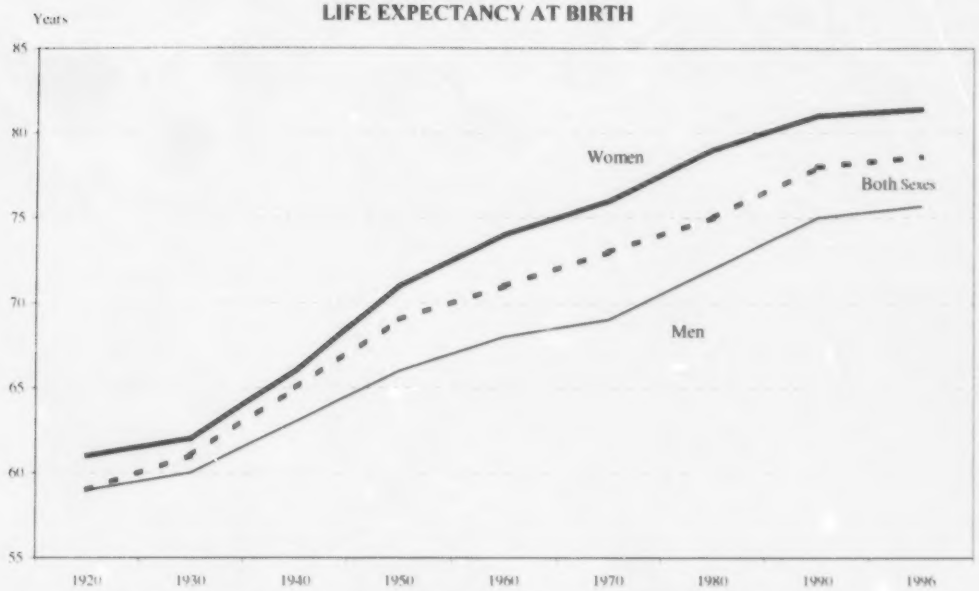
> *Over the past several decades, the health of Canadians has been going up and up and up, surpassing all other countries. We are now second in the world in terms of our life expectancy, second only to Japan. I would anticipate before long that we will be number one. We are increasing at a rate that is even more rapid than that of Japan, and Japan is experiencing some difficulties.*
>
> *Dr. John S. Millar, V-P, Research and Analysis, CIHI (14:33).*

Over the past century, life expectancy has increased steadily (see Graph 5.1). Based on current mortality patterns, a baby girl born in Canada in 1996 can expect to live 81 years on average, while a baby boy will live 76 years. This is a new high in Canada. At all ages, women have a greater life expectancy than men. The gap in life expectancy at birth between men and women has been narrowing, however, since the early 1980s.

Life expectancy measures years of life only. Related indicators are being developed to tell us whether those years of life are spent in good health. One example is disability-free life expectancy, which measures the years of life spent in various states of independence. In this regard, a Canadian child born in 1991 could expect to spend on average 69 years – almost 90% of his or her total life span – free from disabling health problems. Other measures

such as quality-adjusted life expectancy and health expectancy are still evolving, and long-term trends are not available.

GRAPH 5.1
LIFE EXPECTANCY AT BIRTH

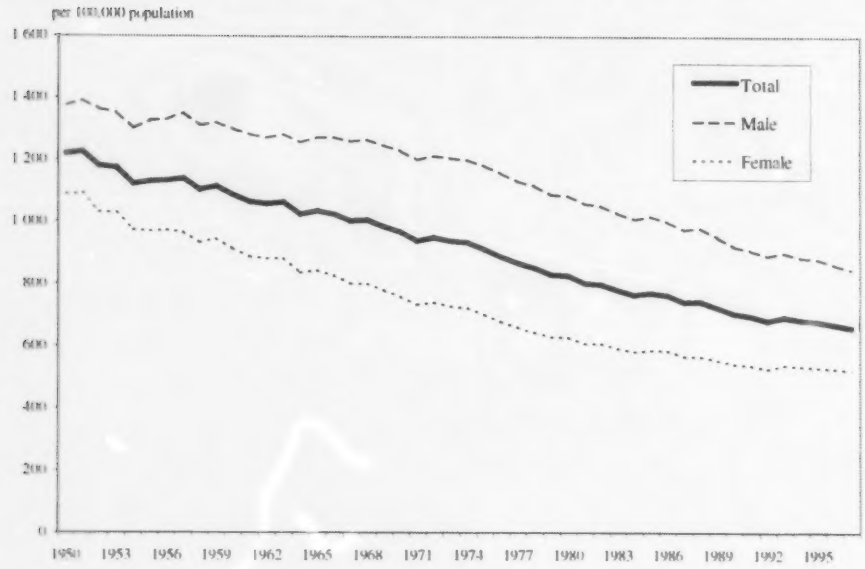


Source: Statistics Canada. Canadian Statistics (http://www.statcan.ca). Second Report on the Health of Canadians. and Library of Parliament.

Life expectancy and related indicators do not evolve very quickly, however, so it is not expected that significant changes will be observed from year to year. For example, between 1986 and 1991, disability-free life expectancy increased by 1.2 years for men and by 0.6 years for women.

The age-standardized mortality rate (ASMR) is another useful health status indicator. The ASMR is a measure of the death rate that is adjusted to take into account the age distribution of the population. Graph 5.2 depicts the evolution of the ASMR for both males and females over some 47 years. It can be seen that the ASMR for both sexes improved continually during this period. Specifically, the ASMR fell from 1,375 deaths per 100,000 males in 1950 to 848 deaths in 1997, and from 1,089 deaths per 100,000 females to 524.

GRAPH 5.2
AGE-STANDARDIZED MORTALITY RATES, ALL CAUSES

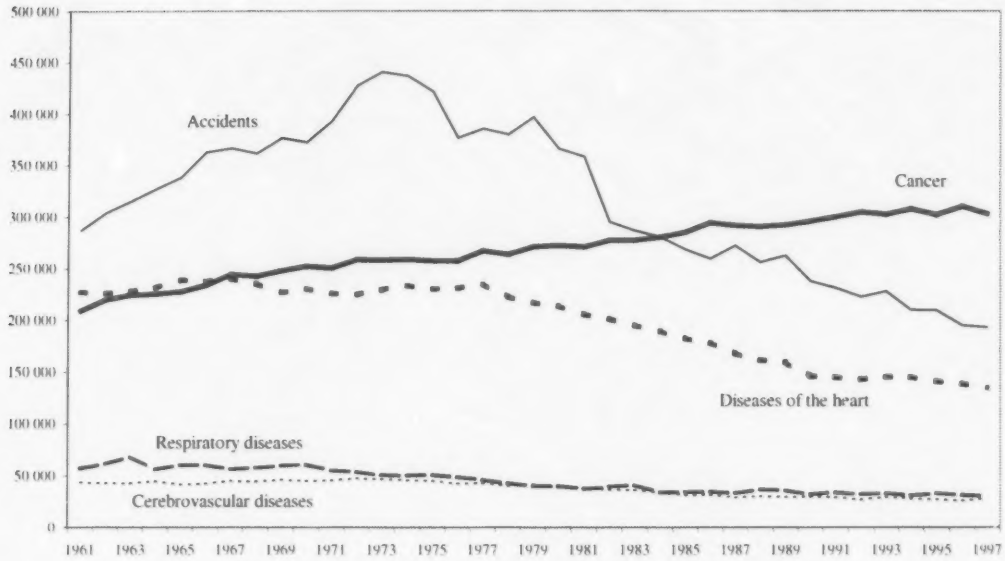


Source: Statistics Canada, *Health Statistics at a Glance*, Publication No. 82F0075XCB, 1999, and Library of Parliament.

Another internationally recognized indicator is called "potential years of life lost" (or PYLL). It refers to the number of years of life lost when a person dies before a specified age, say age 75. A person dying at age 25, for example, has lost 50 years of life. PYLL helps to identify causes of deaths which occur in younger age groups and which could, in theory, be prevented or postponed.

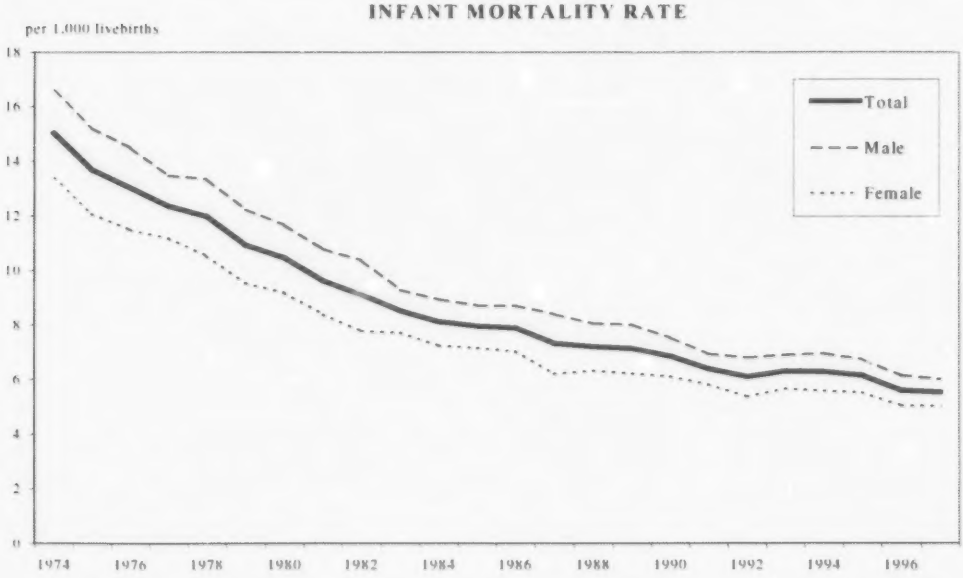
Long term trends in PYLL by major causes of death are presented in Graph 5.3. In 1997, there were over one million PYLL due to all causes, the most important being cancer, accidents and heart disease. As the graph indicates, cancer has been the leading cause of PYLL since 1984, and is the only major cause of PYLL to have continually increased. PYLL due to accidents have declined dramatically since 1979. The PYLL of heart disease, respiratory conditions and strokes has also declined over the past two decades. This suggests that Canada has been successful in reducing premature mortality over the past thirty years.

GRAPH 5.3
POTENTIAL YEARS OF LIFE LOST BY MAJOR CAUSE



Source: Statistics Canada. *Health Statistics at a Glance*. Publication No. 82F0075XCB. 1999. and Library of Parliament.

GRAPH 5.4
INFANT MORTALITY RATE



Source: Statistics Canada. *Health Statistics at a Glance*. Publication No. 82F0075XCB. 1999. and Library of Parliament.

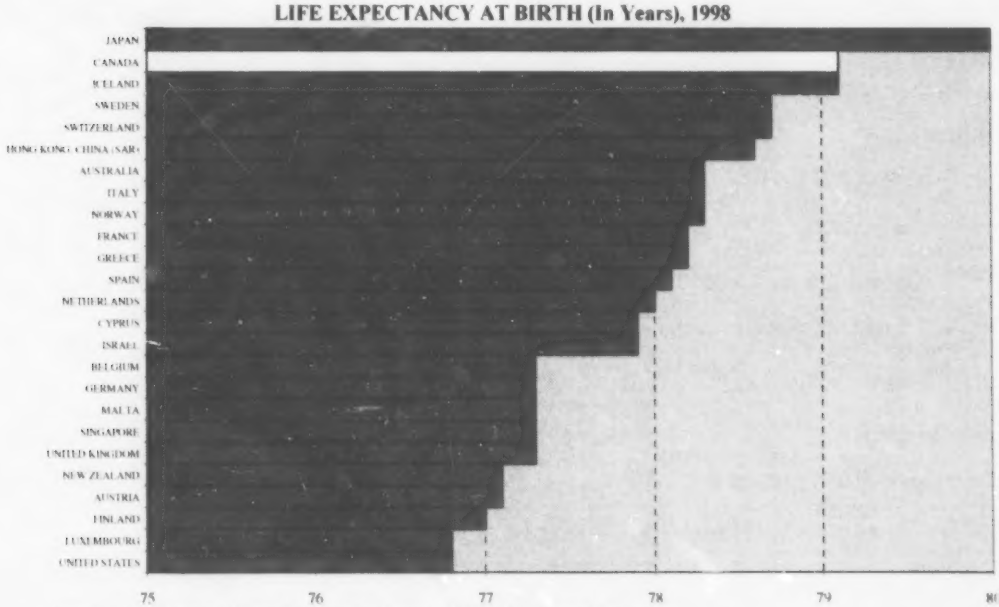
Infant mortality is often used as a basic indicator of social and economic development. The rate of infant mortality – deaths within the first year of life – has declined substantially over the last 20 years in Canada (see Graph 5.4). In 1997, the rate of infant mortality was about 6 out of every 1,000 newborns, down from 15 deaths per 1,000 births in 1974.

Overall, the health status of Canadians has improved continuously over the past decades. Canadians live longer with fewer disabilities in old age. Fewer babies die in the first year of life and premature deaths from major causes, except cancer, continue to decline. Where does Canada stand internationally in terms of health status?

5.2 How Does Canada Compare to Other Countries?

In 1998, life expectancy at birth for Canadians was 79 years. Canada ranked second only to Japan (80 years) among the 25 countries with the longest life expectancy (see Graph 5.5). By contrast, the United States ranked the lowest, along with Luxembourg.

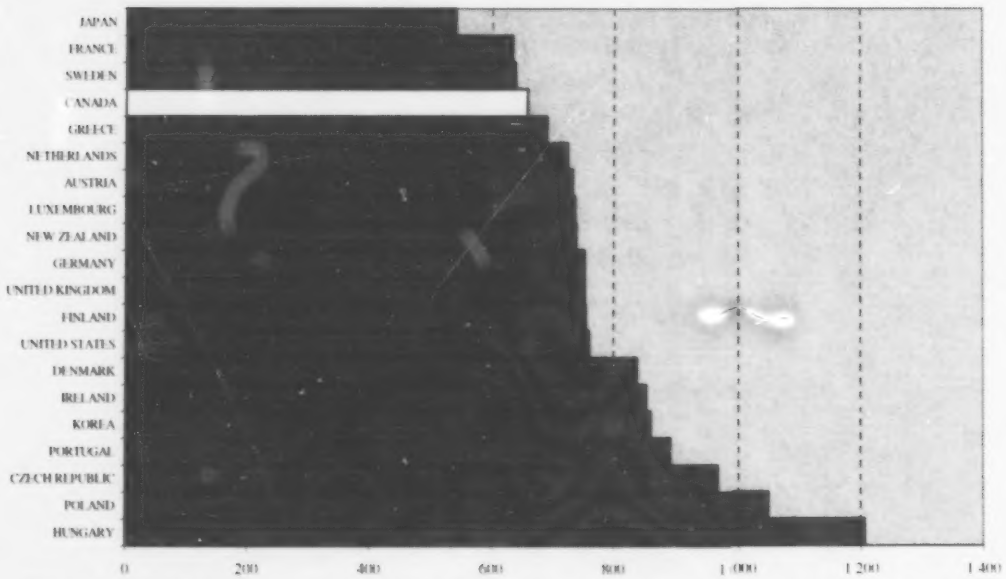
GRAPH 5.5
LIFE EXPECTANCY AT BIRTH (In Years), 1998



Source: United Nations, *Human Development Report*, 2000, and Library of Parliament.

Canada ranked fourth in 1996 in terms of age-standardized mortality rates among 20 OECD countries (see Graph 5.6). Japan had the lowest rate, followed by France and Sweden. By comparison, Germany ranked 10th, the United Kingdom 11th and the United States 13th.

GRAPH 5.6
AGE-STANDARDIZED MORTALITY RATES PER 100,000 POPULATION, 1996

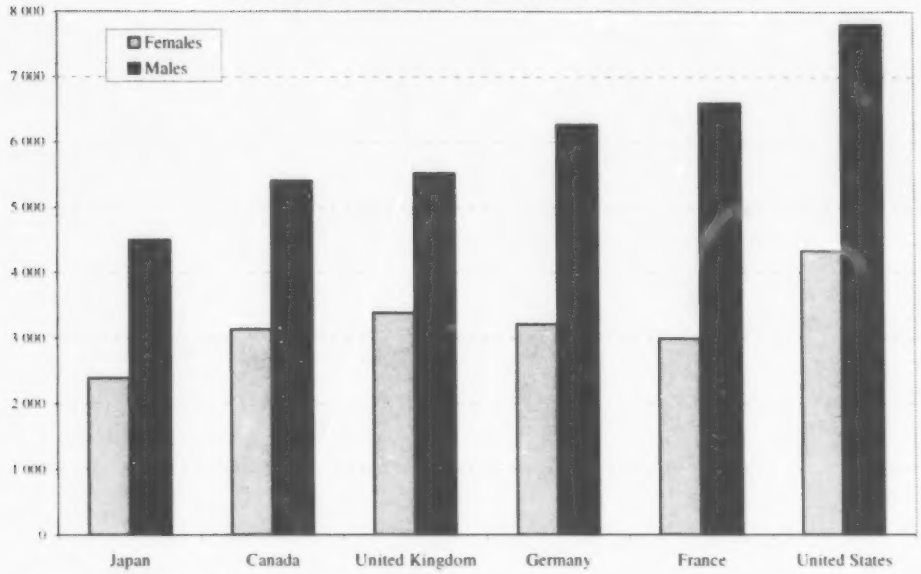


Source: OECD Health Data (2000) and Library of Parliament.

Compared to five other industrialized countries for which figures are available, Canada ranked second lowest in PYLL per 100,000 population for males and third lowest for females (see Graph 5.7).

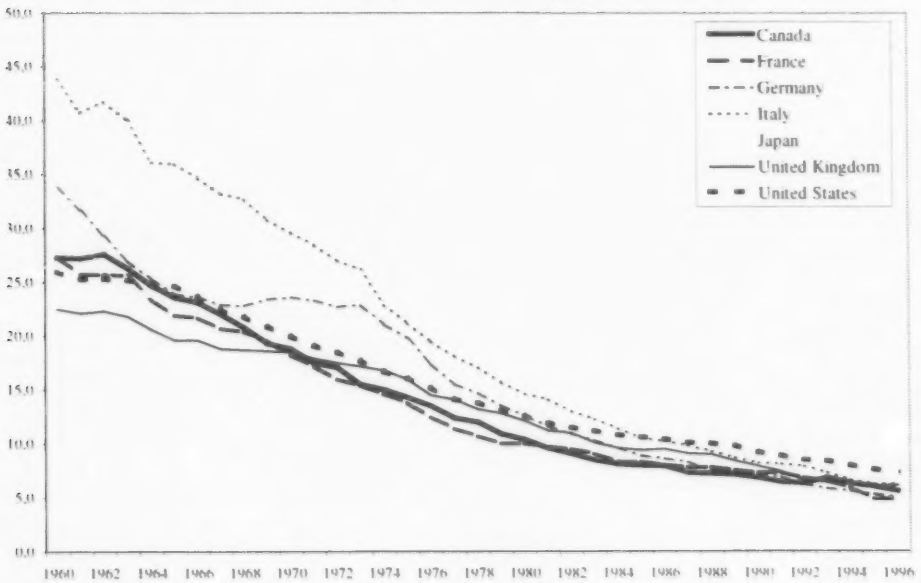
Like Canada, other industrialized countries have seen a decline in their infant mortality rates over the past few decades (see Graph 5.8). In 1960, the rates ranged from a low of 22 per 1,000 in the United Kingdom to a high of 44 per 1,000 in Italy. By 1996, the rates had fallen to a low of 4 in Japan and a high of 7 in the United States. Canada's infant mortality rate remains far above that of Japan which is the lowest in the world.

GRAPH 5.7
POTENTIAL YEARS OF LIFE LOST, AGE 0-69, 1996



Source: OECD Health Data (2000) and Library of Parliament.

GRAPH 5.8
INFANT MORTALITY RATES (DEATHS PER THOUSAND OF LIVE BIRTHS)



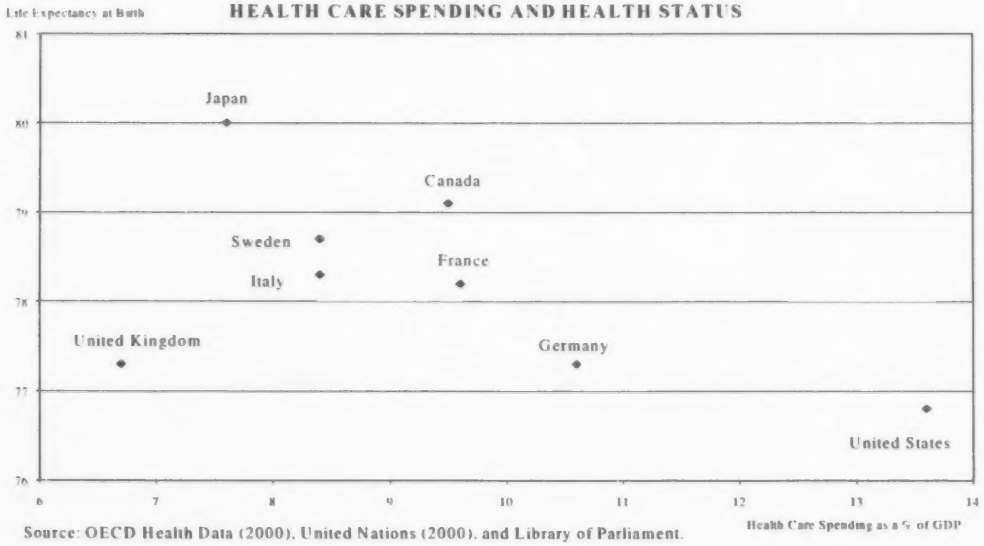
Source: OECD Health Data (2000) and Library of Parliament

Overall, a variety of health indicators show that Canadians enjoy a standard of health that is among the highest in the world. Canada ranks second in life expectancy, behind only Japan. Canadian mortality rates are among the lowest in OECD countries, behind only those of France, Sweden and Australia. And Canada has the second lowest premature mortality rate among industrialized countries. While Canada's infant mortality rate is still higher than Japan's, it is well below the American rate.

5.3 Health Care Expenditures and Health Status

Somewhat surprisingly perhaps, there is no definitive relationship between a country's spending on health care and the health status of its population (see Graph 5.9). For example, the Japanese have the longest life expectancy; yet their health care expenditure as a percentage of GDP is the second lowest among the industrialized countries. By contrast, the Americans have the highest ratio of health care spending to GDP, but their life expectancy is one of the lowest and their infant mortality rate one of the highest. While Sweden and Italy have similar levels of health care expenditures, the life expectancy of their respective populations differs. In addition, Canada spends less on health care than the United States, but the overall health status of Canadians is much better.

GRAPH 5.9
HEALTH CARE SPENDING AND HEALTH STATUS



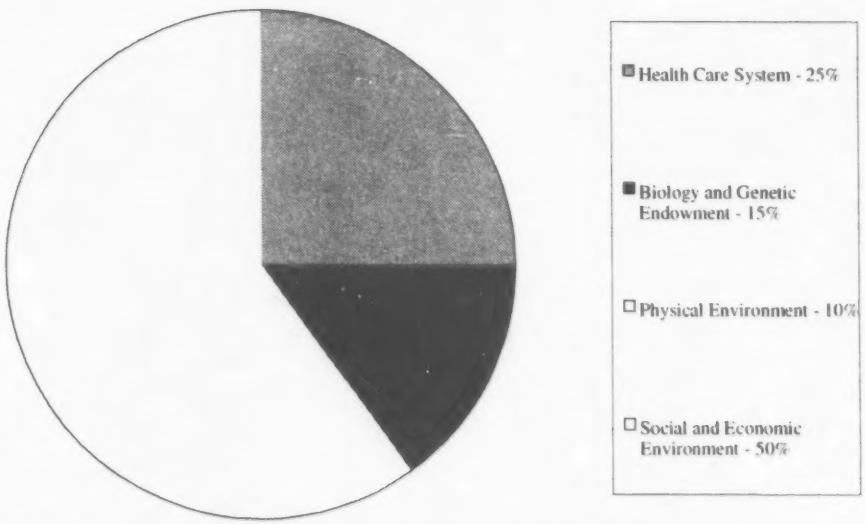
Source: OECD Health Data (2000), United Nations (2000), and Library of Parliament.

It is obvious that there is no clear relationship between a country's health care spending and the health status of its population. In other words, the health status of a population depends on many factors of which health care is only one.

5.4 The Concept of Population Health

It is clear that the state of the health care system affects our health. Services such as childhood immunisation, medications to reduce high blood pressure as well as heart surgery all contribute to health and well-being. But a good health care system is only one of numerous factors that contribute to good health. Graph 5.10 reproduces a chart prepared by the Canadian Institute for Advanced Research available on Health Canada's website. This graph suggests that only 25% of the health of the population is attributable to the health care system, while 75% is dependent on factors such as biology and genetic endowment, the physical environment and socio-economic conditions.

GRAPH 5.10
ESTIMATED IMPACT OF DETERMINANTS OF HEALTH ON THE HEALTH STATUS OF THE POPULATION



Source: Estimation by the Canadian Institute for Advanced Research. Graph available on Health Canada's Website.

The term "population health" is used to describe the multiplicity and range of factors which all contribute to health. "Determinants of health" is the collective label given to the multiple factors which are now thought to contribute to population health. While there is no agreement on a finite set or the relative importance of the determinants of health, a certain degree of consensus has developed over the past decade. The list of health determinants presented in Table 5.1 was provided by Health Canada. It must be pointed out that the population health approach does not detract from the impact of the health care system, but it includes additional factors or determinants of health and takes the interaction between and among the determinants into consideration.

> *Whenever one sees a person in a care situation – I am focusing here on primary care in particular – it is imperative for there to be consideration of the environment from which that person comes: the social, economic, and physical environmental forces that work on and affect that person's life.*
>
> *Robert McMurtry, G.D.W. Cameron Visiting Chair, Health Canada (8:24).*

Unlike traditional health care, which deals with individuals one at a time when they become ill, population health strategies aim to improve the health of an entire population through broadly based preventive approaches that take determinants of health into account. Such preventive approaches ward off potential health problems before they have an impact on the health care system.

The concept of population health is not new. In 1974[65], the then federal Minister of Health, Marc Lalonde, released a working document entitled *A New Perspective on the Health of Canadians.* This report put forward the idea that good health is not the result of medical care alone. For example, it proposed that changes in lifestyles or to social and physical environments would likely improve in the health status of Canadians more than would spending more money on health care delivery. The Lalonde report identified four major health determinants: human biology, environment, lifestyle and health care organization.[66]

---

[65] This review of the development of population health approach in Canada was based on a document entitled *Population Health Initiatives* provided to the Committee by Health Canada.

[66] Marc Lalonde, Minister of National Health and Welfare, *A New Perspective on the Health of Canadians – A Working Document*, Ottawa, April 1974, p. 31.

TABLE 5.1
KEY DETERMINANTS OF HEALTH

KEY DETERMINANTS	UNDERLYING PREMISES
Income and Social Status	**Health status improves at each step up the income and social hierarchy.** High income determines living conditions such as safe housing and ability to buy sufficient good food. The healthiest populations are those in societies which are prosperous and have an equitable distribution of wealth.
Social Support Networks	**Support from families, friends and communities is associated with better health.** The importance of effective responses to stress and having the support of family and friends provides a caring and supportive relationship that seems to act as a buffer against health problems.
Education	**Health status improves with level of education.** Education increases opportunities for income and job security, and equips people with a sense of control over life circumstances - key factors that influence health.
Employment/Working Conditions	**Unemployment, underemployment and stressful work are associated with poorer health.** People who have more control over their work circumstances and fewer stress related demands of the job are healthier and often live longer than those in more stressful or riskier work and activities.
Social Environments	**The array of values and norms of a society influence in varying ways the health and well-being of individuals and populations.** In addition, social stability, recognition of diversity, safety, good working relationships, and cohesive communities provide a supportive society that reduces or avoids many potential risks to good health. Studies have shown that low availability of emotional support and low social participation have a negative impact on health and well-being.
Physical Environments	**Physical factors in the natural environment (e.g., air, water quality) are key influences on health. Factors in the human-built environment such as housing, workplace safety, community and road design are also important influences.**
Personal Health Practices and Coping Skills	**Social environments that enable and support healthy choices and lifestyles, as well as people's knowledge, intentions, behaviours and coping skills for dealing with life in healthy ways, are key influences on health.** Research in areas such as heart disease and disadvantaged childhood indicates that biochemical and physiological pathways link the individual socio-economic experience to vascular conditions and other adverse health events.

Healthy Childhood Development	**The effect of prenatal and early childhood experiences on subsequent health, well-being, coping skills and competence is very powerful.** Children born in low-income families are more likely than those born to high-income families to have low birth weights, to eat less nutritious food and to have more difficulty in school.
Biology and Genetic Endowment	**The basic biology and organic make-up of the human body are a fundamental determinant of health.** Genetic endowment provides an inherited predisposition to a wide range of individual responses that affect health status. Although socio-economic and environmental factors are important determinants of overall health, in some circumstances genetic endowment appears to predispose certain individuals to particular diseases or health problems.
Health Care	**Health services, particularly those designed to maintain and promote health, to prevent disease, and to restore health and function contribute to population health.**
Gender	**Gender refers to the array of society-determined roles, personality traits, attitudes, behaviours, values, relative power and influence that society ascribes to the two sexes on a differential basis.** "Gendered" norms influence the health system's practices and priorities. Many health issues are a function of gender-based social status or roles. Women, for example, are more vulnerable to gender-based sexual or physical violence, low income, lone parenthood, gender-based causes of exposure to health risks and threats (e.g., accidents, STDs, suicide, smoking, substance abuse, prescription drugs, physical inactivity).
Culture	**Some persons or groups may face additional health risks due to a socio-economic environment, which is largely determined by dominant cultural values that contribute to the perpetuation of conditions such as marginalization, stigmatization, loss or devaluation of language and culture and lack of access to culturally appropriate health care and services.**

Source: Health Canada, Towards a Common Understanding: Clarifying the Core Concepts of Population Health, Discussion Paper, December 1996, pp. 15-16; F/P/T Advisory Committee on Population Health, Strategies for Population Health: Investing in the Health of Canadians, Ottawa, 1994, pp. 2-3.

The Jake Epp report, *Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion*, released in 1986 when he was federal minister of health, gave us new insight into the field of population

health by focusing on the broader social, economic and environmental factors affecting health.[67]

The Epp report viewed health promotion as a complement to the health care system and a means to reduce health inequities between the various socio-economic population groups, to prevent the occurrence of injuries, illnesses, chronic conditions and their resulting disabilities, and to enhance people's ability to manage and cope with chronic conditions, disabilities and mental health problems.

In 1989, the Canadian Institute for Advanced Research (CIAR) argued that individual determinants of health do not act in isolation, noting instead that it is the complex interaction among the various determinants that can have a far more significant effect on health. These types of interaction can help explain why some groups of Canadians are healthier than others in spite of the fact that all Canadians have equal access to the health care system.

> *This new understanding that is affecting our health beliefs is the increasing appreciation of how the environment in which individuals live and work throughout the life cycle has major effects on physical and mental health problems.*
>
> *Dr. J. Fraser Mustard,Brief to the Committee, 22 March 2000, p. 7.*

In 1994, the population health approach was officially endorsed by the federal, provincial and territorial Ministers of Health in a report entitled *Strategies for Population Health: Investing in the Health of Canadians.*[68] This report summarized what was known at the time about the broad determinants of health and set out a framework to guide the development of policies and strategies to improve population health.

In 1997, the National Forum on Health furthered the discussion of the determinants of health. It stressed the importance of working, not only with health departments, but with various sectors, to take action on the determinants of health. It proposed the establishment of a "Population Health Institute" as an instrument to improve decision-making in the field

---

[67] Jake Epp, Minister of Health and Welfare, *Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion*, Ottawa, 1986.

[68] Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health, *Strategies for Population Health: Investing in the Health of Canadians*, Ottawa, 1994.

of health by contributing and promoting a population health perspective in health research and policy-making.

In response to the Forum's recommendation, the federal government launched the Canadian Population Health Initiative (CPHI) in 1999. Established within CIHI, the initiative is designed to bring together researchers and analysts from across the country. It builds on existing databases and aims at creating a statistical infrastructure that will form the foundation of population health research. It will aggregate and analyse data, develop data standards and common definitions, report to the public on the national health status and health system performance as well as act as a resource for the development and evaluation of public policy. The first CPHI Council was announced on February 3, 2000. It is now developing a research agenda, and dissemination and communication strategies.

Again in 1999, the Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health released a report entitled *Intersectoral Action... Towards Population Health* which stressed that improving the health, well-being and quality of life of the population requires the involvement of many sectors.[69] It stated that intersectoral action – cooperation and collaboration within and between organizations and sectors – must involve the public and government sectors, the voluntary sector, the private sector, businesses, professionals and consumers in the fields of health, justice, education, social services, finance, agriculture, environment, and so forth.

Following the release of the *Second Report on the Health of Canadians* (September 2000), all federal, provincial and territorial Ministers of Health have agreed to the following priority areas for action on the broader, underlying conditions that make Canadians healthy or unhealthy in the first place. These are:

- renewing and reorienting the health care sector;
- investing in the health and well-being of key population groups;

[69] Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health, *Intersectoral Action... Towards Population Health*, Ottawa, June 1999.

F2

- improving health and reducing disparities in literacy, education and income distribution in Canada.

5.5 What Makes Canadians Healthy or Unhealthy?

> *Within that overall good news story about the health of Canadians, there are some more disturbing stories, because certainly not all Canadians enjoy that high level of good health. Aboriginal people, particularly, have a life expectancy that is five, seven or twelve years different, depending on how you measure it. Certainly, people in northern, rural, and low-income, urban areas have a remarkably lower life expectancy than more affluent Canadians; so there are some problems.*
>
> *Dr. John S. Millar, V.P., Research and Analysis, CIHI, 14:33.*

Health status in Canada does not extend evenly to all Canadians. Our universal health care system has ensured equitable access to insured services, but not necessarily to good health for everybody. There are variances in terms of many different health status indicators between the affluent and the poor, and these cannot only be explained by unequal access to health care services. Disparities in health status exist in terms of geographical location, demographic factors, socio-economic conditions, gender differences and so on.

A copy of the *Second Report on the Health of Canadians* was tabled with the Committee.[70] This comprehensive report provides valuable information and comments on the health status of Canadians using a population health approach. Among other things, it points out that:

- Low-income Canadians are more likely to die earlier and to suffer more illnesses than Canadians with higher incomes;
- Large disparities in income distribution lead to increases in social problems and poorer health among the population as a whole;
- Canadians with low literacy skills are more likely to be unemployed and poor, to suffer poorer health and to die earlier than Canadians with high levels of literacy;
- Canadians with higher levels of education have better access to healthy physical environments and are better able to prepare their children for school than people with low levels of education. They also tend to smoke less, to be more physically active and to have access to healthier food;

[70] Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health, *Toward a Healthy Future – Second Report on the Health of Canadians*, 1999.

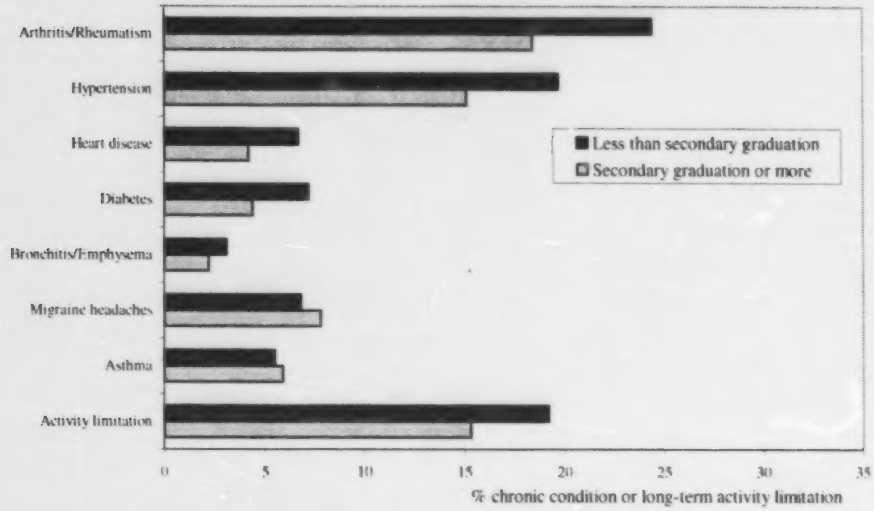
- Studies in neurobiology have confirmed that experiences from conception to age 6 have the largest influence of any time in the life cycle on the connecting and sculpting of the brain's neurons. Positive stimulation early in life improves learning, behaviour and health right into adulthood;
- Ageing is not synonymous with poor health. Active living and the provision of opportunities for lifelong learning may be particularly important for maintaining health and cognitive capacity in old age;
- Despite reductions in infant mortality rates, improvements in education levels, and reductions in substance abuse in many Aboriginal communities, First Nations and Inuit people remain at higher risk than the Canadian population as a whole for illness and early death;
- Men are more likely to die prematurely than women, largely as a result of heart disease, fatal unintentional injuries, cancer and suicide. Women are more likely to suffer from depression, stress overload, chronic conditions, and injuries and deaths resulting from family violence;
- Older Canadians are far more likely than younger Canadians to have physical illnesses, but young people report the lowest levels of psychological well-being.

A recent study by Statistics Canada shows that chronic conditions and activity limitation are more prevalent among individuals aged 45 to 64 with lower education or lower income. In 1998-99, arthritis or rheumatism, high blood pressure, heart disease, diabetes, bronchitis or emphysema and activity limitation were more prevalent among those who had not graduated from high school (see Graph 5.11). These conditions, as well as asthma and migraine headaches, were also more prevalent among those with a low or lower-middle income than among those with a higher income (see Graph 5.12).

There are also great disparities in infant mortality rates between income groups. For example, Statistics Canada reports that infant mortality rates are highest in the poorest urban neighbourhoods, and lowest in the richest urban neighbourhoods. Graph 5.13 shows that, while there has been progress in reducing this disparity, the infant mortality rate in Canada's poorest neighbourhoods (6.5 per 1,000) in 1996 was still two-thirds higher than that of the richest neighbourhoods (3.9 per 1,000). Statistics Canada estimated that if the rate for all

Canada had been as low as that of the richest neighbourhoods, there would have been about 500 fewer infant deaths in 1996.[71]

GRAPH 5.11
PREVALENCE OF CHRONIC CONDITIONS OR LONG-TERM ACTIVITY LIMITATION BY EDUCATIONAL ATTAINMENT, POPULATION AGED 45-64 CANADA EXCLUDING TERRITORIES, 1998-99



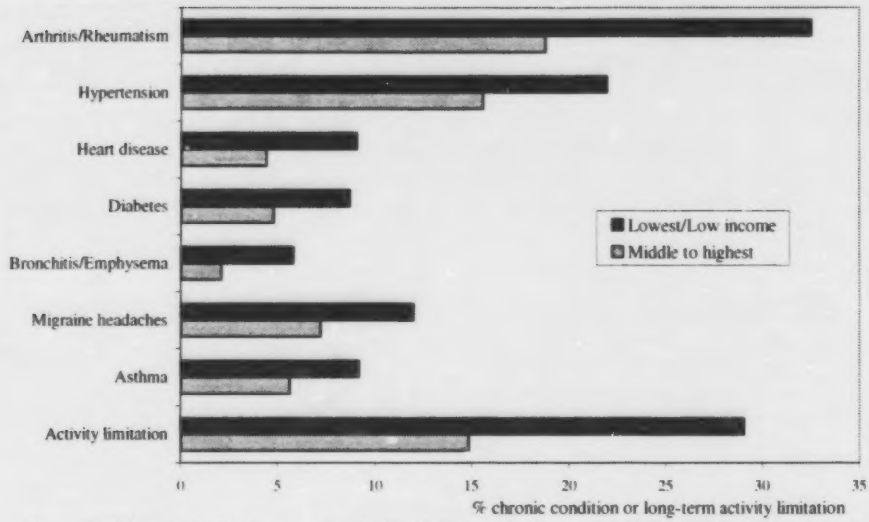
Source: "Health in mid-life." In Statistics Canada. *Health Reports*. Publication No. 82-003, Winter 1999, Vol. 11, No. 3.

5.6 Committee Commentary

While many Canadians enjoy high levels of health and although Canada ranks well above other countries in terms of most of the major health status indicators, there is definitely room for improvement. There are disparities in health associated with age, socio-economic conditions, gender and so on. Many witnesses told the Committee that it is imperative to reduce these disparities if we want to improve the overall health status of Canadians. In their view, this can be best achieved through a comprehensive population health approach.

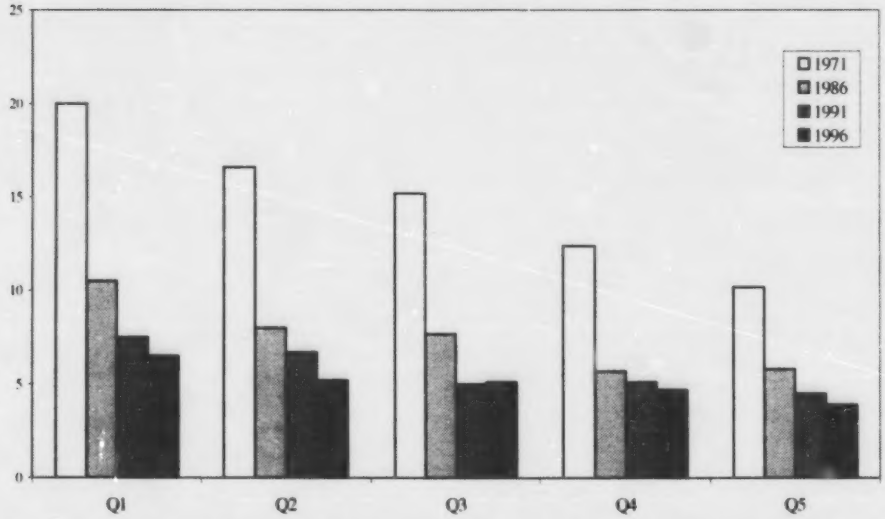
[71] Statistics Canada, "Health Status of Children", *Health Reports*, Catalogue 82-003, Winter 1999, Vol. 11, No. 3.

GRAPH 5.12
PREVALENCE OF CHRONIC CONDITIONS OR LONG-TERM ACTIVITY LIMITATION BY HOUSEHOLD INCOME, POPULATION AGED 45-64 CANADA EXCLUDING TERRITORIES, 1998-99



Source: "Health in mid-life." In Statistics Canada. *Health Reports*. Publication No. 82-003. Winter 1999. Vol. 11. No. 3.

GRAPH 5.13
INFANT MORTALITY RATES BY NEIGHBOURHOOD INCOME QUINTILE, URBAN CANADA



Source: "Health Status of Children." In Statistics Canada. *Health Reports*. Publication No. 82-003. Winter 1999. Vol. 11. No. 3.

Witnesses also stressed that there is a need to better understand the links between health status and the various determinants of health. We do not know how changes in health care spending affect the health of a population. We do not know much about the impact of other public policies on health status as a recent report clearly indicated:

> We have large gaps in our understanding of the factors affecting individuals' health over the medium to long term. For example, what is the longer-term effectiveness of sometimes competing procedures or interventions – such as coronary bypass surgery and balloon angioplasty? In the case of prostate cancer, what are the relative merits of drug therapy, surgery, or simply waiting and seeing? How do psychological interventions affect outcomes? What are the special health risks of different occupations? What are the long-term effects of many environmental hazards? To what degree, if at all, do people with low incomes or educational levels benefit from "equal access" provisions in the *Canada Health Act*?[72]

During his testimony, Sholom Glouberman raised the following question: given that health care is only one factor among a variety of health determinants, what role can or should the health ministers play in establishing population health strategies? Specifically, he told the Committee:

> The Ministry of Health has a problem because the most critical contributors to health are not health-related by this account. They have to do with social status, control over work, level of education, and the Ministry of Health has no authority over these matters. If they take responsibility for this, they risk being viewed by other government departments as "health imperialists". How do you deal with those kinds of problems?[73]

Since a multiplicity of factors determines the health of a population, there is clearly a need for collaboration and intersectoral action. According to Marc Lalonde, the federal Minister of Health should act as a leader. He also stressed that new initiatives to improve the health of the Canadian population are needed, particularly in the areas of health promotion and disease prevention:

---

[72] Advisory Council on Health Infostructure, *Paths to Better Health: Final Report*, Ottawa, February 1999, p. 4-1.
[73] Sholom Glouberman (9:9).

We need the type of action wherein the Minister of Health can be a leader, but he cannot be the only actor. There must be action that will take place on the basis of a collective action by the government, because in almost every instance it involves action by a number of departments of the government. Money is not the problem. A program of public education on obesity, for instance, is insignificant compared to what you spend on the health budget. What we need is a determination to go ahead with programs and do it consistently.[74]

[74] Hon. Marc Lalonde (15:15).

CHAPTER SIX:

MYTHS AND REALITIES

> *Based on facts, and in comparison to other countries, our health care system in respect to the health of Canadians is not in a real crisis. Based on perception, it is in crisis... Some of the crisis is related to myths, beliefs and values in respect to health care."*
>
> *Dr. J. Fraser Mustard, Brief to the Committee, p. 1.*

The current debate over Canada's health care system and its future has generated a great deal of confusion. It mixes large elements of truth with misconceptions and erroneous beliefs about health, health care, health care financing and health care costs. This debate is an important one, however, as it will pave the way for discussions about future reforms. Therefore, the Committee strongly believes that it is essential to put a series of arguments into perspective in order to have an informed, fact-based debate. In the following sections, several of the most widespread notions are analyzed briefly in order to help separate myth from reality. It is our hope that this discussion will throw some light on the fundamental issues at stake with health care.

6.1 Myths About Rising Health Care Costs

Myth: The single biggest increase in health care expenditures is attibutable to the needs of older Canadians.

Reality: Persons over 65 consume, on average, more health services than those under 65. However, the ageing of the population is only one of many factors contributing to increasing health care costs. In fact, a complex mix of factors – both supply and demand related – has contributed to the increase in health care spending.

Other cost drivers include the use of new technology, the cost of new drugs, changing consumer expectations and needs, and new and changing patterns of disease (e.g. emergence of new strains of bacteria, resistance of old infectious diseases, such as tuberculosis, health effects of global warming, AIDS). These all have a significant influence on the cost of health care.

Although it is difficult to identify or quantify the importance of each factor with precision, some estimates were made available to the Committee. On the one hand, Dr. Robert McMurtry suggested that the annual growth in health care expenditures attributable to ageing is approximately 4.8%. This is expected to rise by 0.6% per year for the next ten years.[75] On the other hand, a 1995 OECD study indicated that probably one-half of the growth in overall health care expenditures in OECD countries between 1960 and 1990 could be attributed to factors such as technological developments, growth in the number of medical personnel and facilities, and real increases in the price of health care inputs.[76]

Myth: Health care expenditures have been rising uncontrollably in Canada.

Reality: As discussed in Chapter 4, it is important to remove the effect of inflation in order to interpret long-term trends in health care expenditures. A dollar today is not the same as a dollar in 1975. Data should also be adjusted to the size of the population.

Health care expenditures per capita in constant (1992) dollars increased from 1975 to the early 1990s, but then decreased slightly between 1992 and 1996. Similarly, the health care to GDP ratio, which increased throughout most of the 1970s to the early 1990s, declined continuously from 1992 to 1997. Therefore, Canada has been successful in controlling total health care costs over the last decade.

> *The notion that she emphasized, which is that the hypothesis that health care costs are out of control was a myth, needs to be reiterated. (...) During the 1990s, we went from expending 10 per cent of our GDP on health care to 8.9 per cent, as per the most recent year for which statistics are available. Estimates and forecasts for 1998 and 1999 would have us rising to 9.1 per cent or thereabouts, well below where we have been.*
>
> *Robert McMurtry, (8:20-21)*

Myth: The cost of an ageing society to the health care system will be far in excess of present health care expenditures.

Reality: As stated previously, there is no doubt that beyond the age of 65, more money per capita is spent on health care. However, the annual growth in health care spending

[75] Dr. Robert McMurtry (8:17).

attributable to ageing is estimated at less than 5%. Furthermore, Canadians are living both longer and more healthily. Therefore, the anticipated demographic impact of ageing on the health care system may need to be revised. While the costs associated with ageing must be analyzed and managed, a more significant issue concerns the health care costs that are generally incurred during the last six months of life, regardless of age. The cost of medical care individuals receive skyrockets as they near the end of their life. As a result, it is not the ageing per se of the population which has an impact on health care costs, but rather the overall increase in the population.

> *Clearly, we are living longer. The corollary to that is: Are we living healthier or less healthier? If we are living more healthily, then we could anticipate that the costs would not necessarily go up as we age. The early demographic findings published fairly recently by Statistics Canada indicate that we are living both longer and more healthily. Therefore, the anticipated impact on the health care system is not necessarily as severe as we once thought it might be.*
>
> *Dr. John S. Millar, CIHI (14:39)*

6.2 Myths About Public Financing

Myth: Canada's health care system is 100 percent publicly funded.

Reality: Not true! According to data from CIHI, the public share of health care spending amounted to 71% in 2000, while private spending accounted for 29% of total health care expenditures.

As shown in Graph 4.7, the public sector is the main source of funding for public health (100%), hospital care (91%) and physician services (99%). Private funding is generally concentrated on items not completely covered under the *Canada Health Act* (e.g. prescription drugs, dental services, vision care, home care and so forth.).

Myth: The only problem is a shortage of money. If the federal government would restore previous funding levels, then the problems in the current system would be fixed.

---

[76] Howard Oxley and Maitland MacFarlan, *Health Care Reform: Controlling Spending and Increasing Efficiency*, Economic Department Working Papers No. 149, OECD Paris, 1995.

Reality: Although more public funding will help deal with immediate problems in the system – long waiting lists, crowded emergencies and so on. – witnesses stressed the importance of stability and predictability in federal financing. Following the federal-provincial agreement on health care renewal of 11 September 2000, the federal government enacted Bill C-45 which provides some $21 billion of additional cash transfers over the next five years. It is the view of the federal government that this new investment will ensure stable, predictable and growing funds in the CHST.

However, in recent years, we have had a series of commissions and special committees across the country that have examined the health care system in Canada and in some provinces. Their conclusions were clear: the problems with our current system would not be resolved even if previous funding levels were restored.

On the contrary, without a new vision of what the future health care system should be, there is a risk that new money will be reinvested only in traditional, publicly funded, sectors of health care (e.g. hospitals and institutional care). Therefore, witnesses stressed that, before devoting additional government dollars in health care, three major questions should be addressed: 1) What would we be willing to give up in other areas to support the increased investment in health care?, 2) What would the return on our increased investment in health care be? and 3) What is the best balance between prevention and treatment? In other words, there are trade-offs to be made in allocating limited public financial resources:

> The more money that goes into the health care sector, and as you know that is now up to 40 per cent of some provincial government budgets, the less that is available for other things like early childhood care. There is always that balance that one has to trade off, and that is very important.[77]

> (...) throwing increasing amounts of money into the health care system is not sustainable in the absence of economic growth. Putting more and more into it means we spend less and less on other things, such as education, income support, job development, et cetera.[78]

---

[77] Dr. John S. Millar (14:49).
[78] Professor Colleen Flood, University of Toronto (14:18-19).

(...) we are trying to balance all of these notions. Presumably, we are also trying to balance the fact that there are other spending priorities that are also meritorious. Health is important for the future of the country, but so are post-secondary education, research and innovation. They are viewed as key to the development of our country.[79]

6.3 Myths About the *Canada Health Act*

Myth: The *Canada Health Act* ensures the provision of the same set of free health services across the country.

Reality: Health services that must be covered under the *Canada Health Act* are determined on the basis of the "medical necessity" concept under the criterion of comprehensiveness. All medically necessary services provided by hospitals and doctors must be insured under provincial health care insurance plans. The determination of what services meet the requirement of medical necessity is made in each province by the provincial government in conjunction with the medical profession.

> *(...) under the comprehensiveness criterion of the Canada Health Act, provincial and territorial health insurance plans must insure all medically necessary hospital, physician, and surgical dental services to eligible persons in the particular province. (...) medical necessity is not defined anywhere in legislation, and therefore is a matter of negotiation that may give rise to some differences from province to province.*
>
> *Abby Hoffman, Health Canada (13:13).*

During her presentation to the Committee, Professor Raisa Deber explained that the *Canada Health Act* is quite permissive as provinces are free to go beyond its definition of necessary services, but they cannot go below it. In her view, comprehensiveness is a floor, not a ceiling. Over the years, provinces have expanded the array of services insured under their public plan, but they have not done so uniformly. As a result, public coverage for health services vary greatly among provinces. Frank Fedyk, Acting Director of the Canada Health Act Division at Health Canada, stated:

[79] Guillaume Bissonnette (17:6).

> Many provinces do have home and community care programs, but they are very much a patchwork.[80]

> (...)The palliative care programs across Canada are at different stages of development, similar to other home care services. Some are very well developed and include home visits by physicians, care nurses and other health professionals. Unfortunately, it does vary across the provinces and is not covered by the federal legislation. Therefore, there is a patchwork and there are no national standards.[81]

Furthermore, most provinces have de-insured some services previously covered under their public health care insurance plans. This has generated further disparities in provincial health care coverage. A list of some of the de-insured services by province is presented in Table 6.1. For example, the removal of warts is no longer covered in Nova Scotia, New Brunswick, Ontario, Manitoba, Alberta, Saskatchewan and British Columbia, but it remains publicly insured in Newfoundland, Quebec and Prince Edward Island. In addition, coverage varies widely across the country in the areas of reproductive services. While stomach stapling is covered in most provinces, it is not insured in New Brunswick, Nova Scotia and the Yukon, and patients in these provinces must pay for this procedure.

Myth: The *Canada Health Act* prohibits the private sector from playing a role in the provision of health care services.

Reality: The public administration criterion of the *Canada Health Act* relates to the administration of provincial insurance plans for medically necessary services, not to the delivery of insured health services. It stipulates that provincial health care insurance plans must be administered by a public agency on a non-profit basis. As a corollary, private insurance is not allowed for insured services. But the Act does not preclude private insurers from supplementing provincial health care insurance plans. Private plans can and do insure services that are not covered or are only partially covered under public plans (e.g. prescription drugs outside hospitals, semi-private or private rooms, dental care, vision care, assistive devices, ambulance, long-term care, chiropractors, cosmetic surgery and so on.).

---

[80] Frank Fedyk (13:14).
[81] Frank Fedyk (13:21).

TABLE 6.1
DEINSURED HEALTH CARE SERVICES BY PROVINCE

SERVICE [1]	PROVINCE
Routine circumcision of newborn	NFLD, PEI, NS, NB, ONT, ALTA, YK
Xanthelasma excision (removal of fatty spots on eyes)	NFLD, NS, ONT
Hypnotherapy	NFLD
Removal of impacted teeth	NFLD
Otoplasty	NFLD, PEI, NB, ONT, ALTA
Gastroplasty (stomach stapling)	NB, NS, YK
Tattoo removal	SASK, MAN, ONT
Reversal of sterilization	PEI, NB, ONT, MAN, SASK, ALTA, YK (uninsured service in NS and BC)
Penile prosthesis	NS, ONT, SASK
Psychoanalysis	MAN, QC
Eye examination (People aged 19 to 64)	PEI, NS, NB, QC, MAN, SASK, ALTA
Wart and benign skin lesion removal	NS, NB, ONT, MAN, ALTA, SASK, BC
Second or subsequent ultrasounds in uncomplicated pregnancies	NS, BC
In-vitro fertilization	ONT, MAN (uninsured service in NFLD, NS, NWT)
Simple sclerotherapy (removal of varicose veins)	QC, ONT, MAN (uninsured service in NS)
Artificial/intrauterine insemination	NS, NB (uninsured service in ALTA)
Ear wax removal	NS
Anaesthesia associated with a non-insured service	NB, SASK, ALTA
Chiropractic services	SASK
Epilation of facial hair	PEI, ONT
Eye refractions	NFLD, SASK
Cosmetic surgery	ALTA (uninsured service in NFLD, NS, PEI, NB, QC, MAN, SASK, BC, YK, NWT)
Breast reduction/augmentation	NS, NB, ONT, BC

(1) Some exceptions may apply.

Source: Health Canada, Insured Services De-insured From 1990 by Province/Territory, Information binder prepared for the Committee, Section 12, February 2000.

In addition, the *Canada Health Act* does not prevent private providers from delivering, and being reimbursed for, provincially insured health services, so long as extra-billing or user charges are not involved. In fact, most doctors are private practitioners who work in independent or group practices. Private practitioners are generally paid on a fee-for-service basis and submit their service claims directly to the provincial health care insurance plan for payment. Physicians in other practice settings may also be paid on a fee-for-service basis, but are more likely to be salaried or remunerated through an alternative payment scheme.[82]

> All physicians who are on fee-for-service *can be seen as private providers of care. As well, there are not-for-profit charitable organizations. Part of the confusion is that in Canada we use the term "public hospital" to refer to private organizations. This becomes confusing because the argument against "public hospitals" gets into the rigidity of government employees. However, these are not government employees; they are people who work for hospitals on a not-for-profit basis. There is not a lot of inherent reason that they could not achieve the same sort of efficiencies that for-profit organizations can achieve and not have to find additional money to return to shareholders.*
>
> *Professor Raisa Deber*
> *University of Toronto (8:16).*

Similarly, over 95% of Canadian hospitals are operated as private not-for-profit entities run by community boards of trustees, voluntary organizations or municipalities. The for-profit hospital sector comprises mostly long-term care facilities or specialized services such as addiction centres.[83]

We acknowledge that some provinces do have private, for-profit hospitals. For example, the Shouldice hospital in Ontario is a private, for-profit facility whose status was grand fathered when Medicare was enacted in that province. Facilities like this one are regulated on a rate of return basis, to reduce the risk of overcharging patients. However, Alberta's Bill 11, which was enacted earlier this year, allows private, for-profit surgical facilities to charge a fee for "enhanced" services sold in combination with the provision of an insured service.

Overall, the real debate in health care delivery is not about the role of the private sector – it is about the distinction between not-for-profit and for-profit providers.

---

[82] Health Canada, *Canada's Health Care System*, 1999, p. 2.
[83] *Ibid.*

Myth: Canada's health care system – or Medicare – is an insurance plan that could be run either privately or publicly.

Reality: Illness is unpredictable. Therefore, the demand for health care is unpredictable. Such uncertainty can be offset by insurance. In Canada, the evolution of health care insurance has been marked by a shift from the private to the public sector. We have favoured public insurance over private insurance in part because of market failures. For example, private insurance companies could refuse to insure high-risk clients or force them to pay a much higher premium to offset the risk (as is happening increasingly in the United States). In addition, in a private insurance market, individuals with a low income would be subject to the same fee structure as high-income individuals and, thus, would have to assume a relatively higher proportion of health care costs. But most importantly, Canadians have opted for universal public health care insurance on the grounds of compassion, equity and social justice.

> *All developed countries, with the notable exception of the United States, have a common goal in mind with their health care systems, and that is to ensure that everyone has access to a comprehensive range of high quality services on the basis of need and not on the basis of ability to pay. That is basically the redistributive goal that most developed countries, apart from the United States, have.*
>
> *Professor Colleen Flood*
> *University of Toronto (14:15)*

By contrast, the United States relies extensively on private health care insurance. The American system, no matter how we measure spending, is the most expensive health care system in the world. The Canadian system, which is publicly financed for the most part, has proven to be less expensive to administer and more cost-effective that the American system. In fact, an article in the *New England Journal of Medicine* some years ago estimated that Canada saved one percentage point of GDP compared to the United States by having a "single payer".

Moreover, our system of Medicare and the national principles set out in the *Canada Health Act* – universality, accessibility, comprehensiveness, portability and public administration – are strongly supported by Canadians.

Myth: The *Canada Health Act* was a monumental change.

Reality: The *Canada Health Act* was a consolidation of the prior legislation on hospital insurance (1957) and medical care insurance (1966). The Hon. Monique Bégin told the Committee that, for the most part, the principles and conditions of the Act existed already in the previous pieces of legislation:

> (...) the five principles or conditions of the *Canada Health Act* existed in the previous pieces of legislation. (...) There were originally four principles. Accessibility was included as a sort of subtext of universality, but we extracted it and made it a formal fifth condition. The legislation consolidated and did away with the two previous acts, borrowing everything it could from the spirit and the conditions of the previous acts.[84]

What was new in the *Canada Health Act* was the explicit reference to free access and the addition of specific restrictions with respect to direct patient charges in the form of user fees and extra-billing.

6.4 Myths About Privatization

Myth: "Two-tier" health care means the same thing to everyone.

Reality: Almost every day, conflicting and confusing statements are made about "two-tier" health care in Canada. Politicians, health care providers and health experts alike hold differing views about the existence of a two-tier health care system in Canada because they all provide their own definition for the concept of two-tier.

> *If there is one statement to which the leaders of all parties in Canada's current federal election would undoubtedly subscribe, it is the one imprinted on Stockwell Day's infamous cue-card: "No 2-tier health care". And yet no issue in the campaign has generated more heat. This irony points out the central problem: "Two-tier health care" is an ambiguous and negatively charged phrase that makes a convenient political weapon but says little about actual policy intentions.*
>
> *Carolyn Hughes Tuohy, "Comment", Globe and Mail, 17 November 2000, p. A-23.*

[84] Hon. Monique Bégin (16:8).

Most frequently, a two-tier system refers to two co-existing health care systems: a publicly funded system and a privately funded system. This definition of two-tier health care implies differential access to health services based on one's ability to pay, not his or her need. Those who can afford to pay may obtain either access to better quality of care or access to quicker care, while the rest of the population continue to access health care only within the publicly funded system.

However, in the field of health care in Canada, the variant definitions for the concept of two-tier include the following:

- For some, a two-tier system is one that requires patients to pay a user charge to access medically necessary services.
- For some others, a two-tier system is one in which some patients pay out of their own pockets to get to the front of the line to receive faster medically necessary care (this situation is often referred to as "queue jumping").
- Still, others define two-tier health care as made of two separate or parallel systems that provide medically necessary services. One system is accessible and publicly funded and the other is entirely private and allows patients to pay for faster and preferential treatment. The two systems compete for the provision of publicly insured services. To obtain health services privately, however, patients must pay the full cost, either out-of-pockets or through private insurance.
- For some, a two-tier system is one in which certain health services are available free to some citizens but other services are only available to those who pay for them. By this definition, the current system in Canada definitively could be described as a two-tier system since certain expensive drugs, even though prescribed by a physician as "medically necessary", are not publicly funded and are only available to those who pay for them, personally or through a private drug insurance plan.

Under the *Canada Health Act*, hospital and physician services deemed "medically necessary" must be made available to all Canadians based on need, and without financial barrier. The Act discourages user charges for these insured health services and is enforced by the federal government via a reduction in cash transfers to the provinces that permit this practice. As such, the Act does not explicitely prohibit two-tier medicine (no matter which of the above definitions of "two-tier" is used); rather, the Act strongly discourages two-tier medicine.

This strong disincentive led the National Forum on Health to conclude in its 1997 report that Canada has a single-tier system for medically necessary hospital and physician services.

The *Canada Health Act*, however, applies only to physician and hospital services. All other health care services lie in a realm of shared public/private or fully private finance. This includes additional benefits such as prescription drugs, optometry services, long-term care and home care, as well as semi-private and private ward accommodation in hospitals, medical examinations required by insurers, and so on.

Some health services traditionally regarded as being under the purview of the publicly funded health care system are now available privately. These services include for example diagnostic services provided in MRI clinics (Magnetic Resonance Imaging) in some cities of some provinces (namely Quebec and Alberta). Patients can obtain a scan at these private MRI clinics by paying the full fee. Queue jumping is one of the dangers of private clinics. Those who can afford to pay are able to get their diagnostic tests done more quickly; they then return to the publicly funded system one step ahead of patients still awaiting diagnostic tests in the public system. Although the number of such private clinics remains limited, some analysts contend that there existence means that a two-tier system exists in Canada. Others say that, at the very least, the existence of these choices constitutes a step towards the gradual erosion of Canada's publicly funded health care system along with the development of a second tier of health service delivery.

A few other private health care facilities are also accessible in Canada without referral or reference to medical necessity. They offer same-day surgery procedures, such as cataract removal, as fully private transactions. The physician performing the operation does not get paid by the provincial health care insurance plan, nor is the patient reimbursed by the public plan. Moreover, patients must pay the full cost out of their own pockets, since in most provinces private insurance is not permitted for health services that are insured publicly. The prohibition on private insurance to cover the kind of services covered by provincial health care insurance plans was designed to discourage the development of private facilities performing services which are also available free under provincial health care insurance

plans. Indeed, some people argue that allowing private insurers to compete with public insurance would open the door to a two-tier system of health care in Canada.

Whether a private tier of health care services can improve the access to and effectiveness of the publicly funded system remains open to question. Another important issue concerns the right of individual Canadians to establish and use a private market alternative to the publicly funded system. These questions are critical and must be debated in discussing the future of Canada's health care system.

Myth: A free market system would solve the problem of waiting lists as well as other problems associated with public health care.

Reality: Those who support this idea contend that a free market would reduce the number of people on public waiting lists. They explain that wealthier persons, by removing themselves from the public waiting lists and seeking care in the private system, would allow people on the public lists to move up faster and receive care in a more timely fashion.

The Committee was told, however, that a private system might attract an excess of health care providers and this could result in an under-supply of professionals in the public system. This would, in turn, create longer public sector waiting lists for these under-supplied health services.

The Committee was also told that, if we deliver health care services using a free market system, it would likely result in a more expensive system. In his brief, Dr. Mustard stated:

> What is more important in this whole debate is that health care does not fit the market concepts of the productive or wealth creating sector of society. (...) privatization of health care does not increase efficiency and lower costs. Recent assessments of the American system have come to some interesting perceptions. The conversion of not-for-profit hospitals to for-profit hospitals

> increased health care expenditures in the affected region. Conversion back to not-for-profit institutions decreased per capita health care expenditures.[85]

Myth: The American health care system is 100% privately funded.

Reality: The latest OECD data indicate that the private share of total health care spending in the United States amounted to 55% in 1998, while the public sector accounted for the remaining 45% of overall expenditures on health care. During his testimony, Professor Mark Stabile from the University of Toronto described Medicare and Medicaid, the major public health care insurance programs in the United States:

> While the majority of Americans receive their health insurance through private insurance plans, offered primarily through their place of employment, a substantial number of Americans also qualify for public insurance. The two largest public insurance programs in the United States are the Medicare program, which serves individuals aged 65 and over, as well as the disabled and people with permanent kidney failure, and the Medicaid program, which serves the poor. The Medicare program is a federally run program while the Medicaid program is run by individual states. Twenty-five per cent of Americans claim either Medicare or Medicaid as their primary source of health insurance.[86]

Moreover, the American Medicare and Medicaid systems require user charges and provide less coverage than the Canadian system does.

Myth: The real alternative to the current Canadian model of health care is the American model.

Reality: On the contrary, many other models exist, particularly in Europe. Health care systems can be classified according to how they are organized, financed, regulated and delivered. At one extreme are the mostly

> ***It is interesting that being next door to the one nation with the largest proportion of its health care costs funded by the private sector that we have not as consumers listened to what many thoughtful Americans try to tell us about the problems with their health care.***
>
> ***Dr. J. Fraser Mustard, Brief to the Committee, p. 3.***

[85] Dr. Fraser Mustard, *Myths, Beliefs, Values, Facts and Health Care*, Brief to the Committee, p. 3.
[86] Mark Stabile (14:12).

publicly financed and publicly managed systems, such as in the United Kingdom, and at the other are the mostly private systems that are predominantly financed and delivered by the private sector, such as in the United States. The health care system of most OECD countries includes a combination of the public and private models. However, there are differences among these countries in the way the public/private split is organized. In some countries, the private sector complements the public sector (for example hospital services in Britain and Australia). In other countries, some population groups are covered by a public health care insurance plan, while the others must rely on private insurance (for example, in the United States and Germany). What lessons Canada can learn from the health care system models in other OECD countries will be the subject of the Committee's report on Phase Three of this study.

6.5 Myths About Health Care Utilization

Myth: Introducing user fees would help alleviate the problem of too many patients making too many frivolous demands on the health care system.

Reality: Some people argue that user charges would limit unnecessary utilization (or abuse) by patients thereby reducing health care expenditures. However, many studies indicate that user charges may delay necessary visits, resulting in complications and higher health care costs. Moreover, studies also suggest that user charges may act as a deterrent for low-income people.

Martin Zelder, Director of the Health Policy Research at the Fraser Institute, who is a proponent of user charges, agreed that such fees act as a deterrent for low-income individuals: "Yes, low-income people are deterred from consuming care that improves their health if they are required to pay user fees."[87] For this reason, he suggested that user charges should apply to all people except those with low income. This,

> *In New Zealand, they have user charges just to go to see your doctor. We really have problems with health outcomes. We have worse infant mortality. We have concerns about access to care for people on lower incomes.*
>
> *Professor Colleen Flood, University of Toronto (14:31).*

[87] Martin Zelder (12:39).

therefore, would result in a means test: "(...) the means test would have to be used to exempt low-income people from paying user fees. To ensure that they are not harmed financially then, yes, the means test would be necessary."[88]

However, the imposition of a means test runs counter to Canadians' expectations and values. With respect to the impact of user charges on total health care expenditures, Professor Evans stated:

> despite heavy user charges in the United States and despite heavy user charges for pharmaceuticals in Canada, those costs actually escalate much faster than the costs in a public system.[89]

6.6 Myths About the Health Status of the Population

Myth: The health of the population is directly proportional to the amount of health care available.

Reality: The information provided in Chapter 5 clearly indicates that the health of a population is determined by many other factors outside the delivery of health care services. Investing more and more money in the traditional health care system will not lead to commensurate improvements in the health of the population. In fact, it is important to ensure that investments are not overly skewed towards the delivery of traditional health care services as the primary strategy for improving the health of the population.

> *The United States spends more per capita out of tax dollars on health care than does Canada. They also spend more in terms of private expenditures, privately purchased insurance and out-of-pocket expenditures, than do Canadians. Yet, Canadians are almost the healthiest people in the world, whereas the United States ranks twentieth-fifth in terms of life expectancy.*
>
> *Dr. John S. Millar, V.P., Research and Analysis, CIHI (14:34).*

[88] Martin Zelder (12:40).
[89] Robert Evans (12:41-42).

More attention needs to be given to the non-medical determinants that promote good health (e.g. adequate income, early childhood development, employment and so on.), to the development of strategies that control health risks and prevent disease and disability, and to the need for an increased focus on evaluating and measuring health outcomes. To highlight the importance that other factors play in the health of Canadians, Dr. McMurtry provided the following examples[90]:

- There are currently 66 million days of workforce absence in Canada annually; 60% of those absences are related to stress. Decreasing work stress could not only act to improve the health of Canadians, but might indirectly improve our productivity and save the health care system money.
- 80% of people who are 65 years and older have the lowest two levels of literacy on the international adult literacy survey. More than half of them will have trouble understanding their prescriptions.

Investment in these areas holds the greatest potential for generating positive returns, and would lead to greater improvements in the health of Canadians than a comparable money degree of spending on health care delivery.

Myth: Health care reform has been responsible for a decline in the health of Canadians.

Reality: The health status of Canadians, as measured by life expectancy and mortality rates, has continued to improve during the period of health care reform. In his brief to the Committee, Dr. Fraser Mustard referred to a recent OECD report showing that the health status of Canadians remains high, despite the reform that took place in the 1990s:

> Whatever the changes in our health care system, we have not, from a population perspective, been placed at a disadvantage in relation to other countries.[91]

[90] Robert McMurtry (8:25).
[91] Dr. J. Fraser Mustard, Brief to the Committee, 22 March 2000, p. 2.

Myth: The closure of hospitals has compromised the health of Canadians.

Reality: Over the last decade, the number of hospital beds have dropped year after year in Canada. For example, 53 small hospitals were closed or converted to health centres in rural Saskatchewan and 727 hospital beds were closed in urban Manitoba (Winnipeg). Despite these cuts, the overall health status of these populations (measured by death rates) has continued to improve and the quality of care (measured by indicators such as readmission after discharge and emergency room visits) has not deteriorated.

Myth: The Aboriginal population enjoys the same health status as other Canadians.

Reality: The life expectancy of Aboriginal peoples in Canada is at least five years below the average for all Canadians. This is an enormous gap. It has been estimated that increasing the life expectancy of the Aboriginal population by five years would require the elimination of all deaths from cardiovascular diseases (the leading cause) and almost all deaths from cancer (the second cause of death).[92] Although this would appear to be an insurmountable obstacle, the Committee was told that progress is being made:

> The health status of Aboriginal peoples relative to the non-Aboriginal population is improving on average. The disparities are significant and they persist. There is no question that there is still a great deal to achieve. There is also no question that some significant improvements have been accomplished.[93]

Although the discrepancies in the health status of the Aboriginal population are evident, the underlying causes are not as easily identified. Aboriginal Canadians are less likely to have finished high school, and are twice as likely to be under Statistics Canada's low income cut-offs.[94] This could help explain some of the factors contributing to the Aboriginal population's higher incidence of health problems. In Phase Two of its study, the Committee will examine the health concerns of Aboriginal Canadians with a view toward better

---

[92] CIHI, *Health Care in Canada: A First Annual Report*, p. 6.
[93] Abby Hoffman (13:10).

understanding their specific needs, identifying preventive interventions and debating federal responsibility.

6.7 Myths About the Need for Change

Myth: Waiting lists and waiting times are unique to the Canadian health care system.

Reality: Not true! At the Committee's session on international health care systems, experts told us that the waiting list problem is significantly worse in New Zealand, the United Kingdom and in other countries which permit private insurance to compete with public coverage:

> In the U.K. and New Zealand, countries that have this supplementary private insurance system, which I reiterate again is quite different from what happens in the Netherlands, waiting lists are far, far longer. In fact, they are five times as long as a percentage of the population in New Zealand and three times as long in the U.K. Arguably, once there is that kind of private insurance, perhaps the middle class and wealthy lose their incentive to lobby for improvements in the public system.[95]

Myth: Canada's health care system is completely broken.

Reality: The health care system is <u>not</u> broken, but it is undergoing necessary changes. Witnesses stated that we need to find a way to move beyond our current preoccupation with protecting the status quo and preserving a health care system that was put in place some fifty years ago. We were told that, in spite of all of its merits, that system is no longer equipped to deal with the present or emerging needs of our society.

The reality is that health care can now be provided by a greater variety of health care professionals. Further, health services can be delivered in a wider range of sites – not only in

---

[94] Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health. *Statistical Report on the Health of Canadians*, 1999, pp. 31 and 38.
[95] Colleen Flood (14:19).

the hospital, but also in the home and the community. New health care technologies are now being introduced as a means of reducing, and even preventing, surgery.

The Canadian health care system was designed in the 1960s and early 1970s. Since then, much has changed in the way health care services are administered and delivered. The changes need to be reflected in the conditions on which the Canadian health care system is built. Defending the status quo on the grounds that it worked well more than forty years ago does not stand up to scrutiny.

Myth: The health care system needs to be rebuilt from the ground up.

Reality: Not true! There is much that is good in the current system, not the least of which is the confidence most people have that when they are sick or injured they will have relatively ready access to services of the range and quality necessary to facilitate their return to health. This confidence is well placed. Canada's well-trained professionals, institutions, and organizations are committed and dedicated to serving in the public interest. We need to build on what is good in the system while embracing the need for a "fresh start". In short, although our health care system needs to be reformed, it does not need to be transformed.

Myth: Definitive intervention with a major investment by the federal government is required within the next 12-24 months.

Reality: While reinvestment is essential, it is equally important to define a vision for the health care system of the future. The vision will enable reinvestment to facilitate the appropriate trajectory of change rather than simply funding a return to the past. Dr. Robert McMurtry stressed that:

> the fundamental founding principles of the Medical Care Act of 1966 as originally pronounced are still real. What is missing, however, is a unifying

> vision of the future. That is something that I feel is imperative if we are to move forward with any effect.[96]

The recent federal-provincial agreement on health care renewal represents a major step toward the development of a common vision based on shared principles and a commitment to work in a collaborative manner. Governments have agreed to co-operate in many important areas such as:

- improving the timely access to, and quality of, health services;
- strengthening investments in health education and strategies to prevent illness;
- accelerating primary health care reforms;
- strengthening investment in home care and community care;
- investing in health information and communications technology, as well as in health equipment, new health care technologies and facilities; and
- measuring, tracking and reporting on the performance of health services.[97]

6.8 Myths About Health Care Providers

Myth: Fee-for-service is the only model that physicians will accept.

Reality: Most physicians are currently paid under a fee-for-service scheme in Canada. There is evidence, however, that many physicians would prefer an alternative mode of remuneration. A 1999 survey by the Canadian Medical Association reported that only 33% of respondents would prefer to be paid on a fee-for-service basis. Another 21% would prefer to be salaried, while less than 1% would select capitation. Some 35% indicated a preference for a blend of payments (e.g. mix of fee-for-service and capitation). Data from a recent CIHI report shows that, at present, the proportion of physicians remunerated by non fee-for-service mechanisms ranges from 2% in Alberta to 53% in Manitoba.

---

[96] Dr. Robert McMurtry (8:21).
[97] First Ministers' Meeting, *Communiqué on Health*, 11 September 2000 (available at www.scics.gc.ca).

The fee-for-service scheme has some drawbacks. Graham Scott, former Deputy Minister of Health in Ontario, told the Committee:

> Fee-for-service family physicians make sufficient income enjoying an office practice from 9 a.m. to 5 p.m. without any need for a hospital relationship and the responsibilities it demands.
>
> The fee codes ensure a good income only if the family physician engages in a high-volume, high-turnover practice. This in turn dictates addressing only the less complex challenges posed by presenting patients. The rest get referred to a specialist or to the hospital emergency. Since they only work 9 to 5, patients after hours must also go to emergency regardless of the severity of their complaint.[98]

Myth: Nurses continue to play the same caregiving role that they have always played, assisting individual physicians in a hospital or clinic setting.

Reality: The nursing profession has undergone a revolution. Nurses are found at every point in care delivery in the health care system: in hospitals, in private institutions and in the community. At least 12,000 nurses are now certified in a specialty, using specialized knowledge to contribute to the individual needs of patients as members of specialized health care teams.[99] They play a critical integration and communication role in terms of the needs of individual patients and their families.

During his testimony, Graham Scott indicated that nurses have gained higher status in accordance with their qualifications. For example, in some teaching hospitals and in some large community hospitals, nurses are seen as an integral part of the health care team, rather than as adjuncts, or add-ons, to teams. This contrasts with the traditional hierarchy where the physician was in charge.

The Committee was told that, despite the important gains that nurses have made, the nursing profession is facing challenges that could affect the integrity of the health care

---

[98] Graham W. S. Scott, Brief to the Committee, June 2000, p. 7.
[99] Dr. Mary Ellen Jeans (8:21).

system as a whole. Of all workforce categories, nurses have more time off, more disability and more back pain.[100] The average age of nurses is about 45, which means that the majority of nurses will be retiring in the next 10-15 years. In addition, 50% of nurses do not have a full-time job and sometimes work for two, three or four different employers.[101]

[100] Dr. John S. Millar (14:5).
[101] Dr. Mary Ellen Jeans (8:21).

CONCLUSION

This report completes Phase One of the Committee's study on health care. It summarizes the evidence we heard from March 2000 to September 2000, and makes reference to documents that were either tabled with the Committee or brought to the attention of the Members.

During Phase One, the Committee learned about the origins and current status of public health care insurance in Canada. We now have a better understanding of the federal government's involvement in health care in terms of funding and enforcement of the *Canada Health Act*. We have a clearer idea of Canadians' opinions about the health care system and health care policy. We have gathered a lot of information on health care expenditures and on health status. We know how Canada's spending on health care compares with that of other countries and how the health status of Canadians contrasts with the health status of other nations.

With all this background information, we attempted to shed light on the current debate over health care in Canada by separating myths from realities. We hope that this report will serve as a useful reference document to anyone who wishes to participate in future phases of the Committee's study on health care.

The Next Steps

Phase Two of the study, which will begin in March 2001, is designed to obtain an overview of existing and foreseeable pressures for change within the health care system. During this phase of the study, Committee members will explore the implications for health care in Canada of:

- the ageing of the population and the increasing demands on the system if past and present patterns of use continue;

- our growing Aboriginal population and its specific health care needs, which include higher incidence of foetal alcohol syndrome, HIV/AIDS, tuberculosis, diabetes, injury and chronic diseases;
- advances in health care technology, including drugs, that affect the organization, delivery and cost of health care and raise issues relating to ethics and effectiveness;
- the appearance of new diseases and the resurgence of "old" ones that may require costly therapy and treatment;
- expectations of both patients and health care providers which may lead to misuse of services and inappropriate service delivery;
- the impact of health research, which is a critical component of the health care system. Canada's health care system will depend increasingly upon scientific information about biological and social determinants of health, as well as upon objective data on health and health care. For example, the identification of the 30,000 or so genes that determine our susceptibility to disease will mark a revolution that could transform both health research and the health care system;[102]
- the need for sufficient and comparable health-related information to make decisions in allocating resources and in delivering care;
- the growing concern about the workload, stress and ageing of our health care providers. Planning for human resources in health care is a complex exercise that must take into account both the needs of the population and the needs of health care professionals;
- health care issues specific to rural and remote areas;
- the role of preventive intervention in encouraging healthy lifestyles and thereby enhancing the potential for better health;
- the incidence of mental health problems in Canadian society and the implications for health care delivery.

Phase Two of the study will focus on affordability and sustainability and conclude with a report reviewing the key factors that will have an impact on the Canadian health care system over the next 25 years. The planned release date for this report is June 2001.

---

[102] Stem cell technology is another good example of the potential impact health research can have on health and health care. Recently, medical researchers in Alberta have made remarkable breakthroughs in what is called "stem cell" technology. They have taken the healthy cells from a properly functioning pancreas and implanted them into an insulin-dependent diabetic. Months after the procedure, the patient still does not require insulin. Not only will this person save the cost of insulin during his life, he will also be at a much lower risk of developing the debilitating complications of diabetes, such as blindness and heart failure, later on. This development would not only improve the quality of life for the individual, it could potentially save the cost of care for the primary disease and secondary complications associated with it.

Phase Three of the study will provide Committee members with a review and discussion of the experiences of other countries, including up-to-date information and analyses obtained through a series of videoconferences. Supplemented by panels of experts and specialists from Canada, these hearings will allow the Committee to:

- explore the health care systems of selected countries, including their objectives and principles, and health care delivery systems;
- compare selected countries both with one another and with Canada; and
- consider the strengths and weaknesses of the prime alternatives.

Phase Three of the study will culminate in a report reviewing developments in other countries, and key comparative findings. The planned release date for this report is June 2001.

In Phase Four of the study, the Committee will draw upon the findings from the first three phases of the study to develop a set of policy options relating to the Canadian health care system. This process will focus on two related aspects:

- a framework of fundamental principles and objectives; and
- a set of alternatives regarding the implementation of the principles and objectives.

The Phase Four report will provide a brief statement of policy options, for the purpose of providing a reference point for public hearings. The planned release date for this report is September 2001.

During Phase Five, the concluding phase of the study, the Committee will hold extensive public hearings on the options paper developed in Phase Four. Witnesses will be invited to comment on:

- the proposed framework of principles and objectives;
- the respective strengths and weaknesses of the options developed by the Committee, along with other suggestions warranting consideration; and
- the preferred option(s).

The report of Phase Five will summarize the key findings obtained during the public hearings and describe the Committee's preferred option(s) and recommendations. The planned release date is March 2002.

APPENDIX A - LIST OF WITNESSES

(2nd Session, 36th Parliament)

NAME	ORGANIZATION	DATE OF APPEARANCE
Raisa Deber, *Professor*	University of Toronto, Department of Health Administration	March 2, 2000
Dr. Robert McMurtry, *G.D.W. Cameron Visiting Chair*	Health Canada	March 2, 2000
Sharon Sholzberg-Gray, *Co-Chair*	Health Action Lobby (HEAL)	March 2, 2000
Dr. Mary Ellen Jeans, *Co-Chair*	Health Action Lobby (HEAL)	March 2, 2000
Sholom Glouberman, *Director, Health Network*	Canadian Policy Research Network	March 22, 2000
Dr. Fraser Mustard	Founder's Network	March 22, 2000
Dr. Scott Evans, *Senior Statistical Consultant*	Goldfarb Consultants	March 22, 2000
Chris Baker, *Vice-President*	Environics Research Group	March 22, 2000
Wendy Watson-Wright, *Director General, Policy and Major Projects Directorate, Health Promotion and Programs Branch*	Health Canada	March 23, 2000
Sylvain Paradis, *Acting Policy Group Manager, Policy and Major Projects Directorate, Quantitative Analysis and Research Section, Health Promotion and Programs Branch*	Health Canada	March 23, 2000
Liz Kusey, *Policy Analyst, Policy and Major Projects Directorate, Health Promotion and Programs Branch*	Health Canada	March 23, 2000
Monique Charon, *Acting Director, Program Policy and Planning, Program Policy, Transfer Secretariat and Planning Directorate, Medical Services Branch*	Health Canada	March 23, 2000
Robert G. Evans, *Director, Population Health Program*	University of British Columbia	April 6, 2000

Colleen Fuller, *Research Associate*	Canadian Centre for Policy Alternatives	April 6, 2000
Martin Zelder, *Director of Health Policy Research*	Fraser Institute	April 6, 2000
Cliff Halliwell, *Director General, Applied Research and Analysis Directorate, Information, Analysis and Connectivity Branch*	Health Canada	May 3, 2000
Abby Hoffman, *Senior Policy Advisor*	Health Canada	May 3, 2000
Frank Fedyk, *Acting Director, Canada Health Act Division, Intergovernmental Affairs Directorate, Policy and Consultation Branch*	Health Canada	May 3, 2000
Tom Kent	As an individual	May 4, 2000
Michael Bliss, *President*	University of Toronto	May 4, 2000
Ake Blomqvist, *Professor*	University of Western Ontario	May 10, 2000
Colleen Flood, *Professor*	University of Toronto	May 10, 2000
Mark Stabile, *Professor*	University of Toronto	May 10, 2000
John S. Millar, *Vice-President, Research and Analysis*	Canadian Institute for Health Information	May 11, 2000
Margaret Somerville, *Professor*	McGill University	May 11, 2000
Laura Shanner, *Professor*	University of Alberta	May 11, 2000
The Honourable Marc Lalonde, *P.C.*	As an individual	May 17, 2000
The Honourable Monique Bégin, *P.C.*	As an individual	May 31, 2000
Guillaume Bissonnette, *General Director, Federal-Provincial Relations and Social Policy Branch*	Department of Finance	June 7, 2000
Barbara Anderson, *Director, Federal-Provincial Relations and Social Policy Branch*	Department of Finance	June 7, 2000
Graham Scott, *Former Deputy Minister of Health, Province of Ontario*	As an individual	September 21, 2000

Le Sénat

La santé des Canadiens - Le rôle du gouvernement fédéral

Rapport intérimaire du Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la science et de la technologie

Président :
L'honorable Michael J. L. Kirby

Vice-président :
L'honorable Marjory LeBreton

Mars 2001

Volume un : Le chemin parcouru

Comité sénatorial permanent des affaires sociales,
des sciences et de la technologie

Rapport intérimaire sur
l'état du système de soins de santé au Canada

La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral
Volume un – Le chemin parcouru

Président
L'honorable Michael J. L. Kirby

Vice-présidente
L'honorable Marjory LeBreton

MARS 2001

TABLE DES MATIÈRES

ORDRE DE RENVOI iii

MEMBRES iv

AVANT-PROPOS v

INTRODUCTION 1

CHAPITRE UN 5

HISTORIQUE DU RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE-SANTÉ ET DU RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL DANS LE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ 5

1.1 Le rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé et des soins de santé *5*
1.2 Ententes de partage des coûts *7*
1.3 Fonctionnement du mécanisme de financement global du FPE *11*
1.4 Le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) *16*
1.5 Transferts de points d'impôt et transferts monétaires *22*
1.6 La contribution fédérale aux soins de santé *24*
1.7 L'importance de la stabilité du financement fédéral *26*
1.8 La responsabilité à l'égard des fonds fédéraux liés à la santé *29*

CHAPITRE DEUX 33

PRINCIPES NATIONAUX CONCERNANT LES SOINS DE SANTÉ ET LA CRÉATION DE *LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ* 33

2.1 Origines de la Loi canadienne sur la santé *33*
2.2 Définition/interprétation des principes nationaux et de leur application *36*
2.3 Application des sanctions en vertu de la Loi canadienne sur la santé *39*
2.4 La Loi canadienne sur la santé *est-elle encore pertinente?* *42*
2.5 Commentaires du Comité *43*

CHAPITRE TROIS 49

ATTENTES DE LA POPULATION À L'ÉGARD DU SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ 49

3.1 Les soins de santé soulèvent d'importantes préoccupations à l'égard de la politique gouvernementale *50*
3.2 Les Canadiens sont préoccupés par la qualité, l'accessibilité et l'universalité des soins de santé *51*
3.3 Les soins de santé constituent une priorité *53*
3.4 Les soins de santé : un domaine qui requiert une collaboration entre les gouvernements fédéral et provinciaux *56*
3.5 Forte adhésion aux principes de la Loi canadienne sur la santé *57*
3.6 Appui décroissant à l'égard des frais modérateurs et des établissements privés *57*
3.7 Commentaires du Comité *59*

CHAPITRE QUATRE **63**

TENDANCES DES DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ 63

4.1 Tendances globales – de 1975 à 2000 ..... *64*
4.2 Dépenses du secteur public et dépenses du secteur privé *67*
4.3 Catégories de dépenses *69*
4.4 Comparaisons internationales *71*
4.5 La santé constitue une priorité dans les provinces *76*
4.6 Commentaires du Comité *77*

CHAPITRE CINQ **79**

L'ÉTAT DE SANTÉ ET LE CONCEPT DE SANTÉ DE LA POPULATION 79

5.1 L'état de santé des Canadiens *79*
5.2 Comment le Canada se compare-t-il aux autres pays? *83*
5.3 Dépenses de santé et état de santé *86*
5.4 Le concept de santé de la population *87*
5.5 Qu'est-ce qui fait que les Canadiens sont en bonne ou en mauvaise santé? *94*
5.6 Commentaires du Comité *98*

CHAPITRE SIX **101**

MYTHES ET RÉALITÉS 101

6.1 Mythes entourant l'escalade des coûts des soins de santé *101*
6.2 Mythes entourant le financement public *103*
6.3 Mythes entourant la Loi canadienne sur la santé *105*
6.4 Mythes entourant la privatisation *111*
6.5 Mythes entourant le recours aux soins de santé *116*
6.6 Mythes entourant l'état de santé de la population *117*
6.7 Mythes entourant la nécessité d'un changement *120*
6.8 Mythes entourant les fournisseurs de soins de santé *123*

CONCLUSION **125**

Les prochaines étapes *125*

ANNEXE A - LISTE DES TÉMOINS **A-1**

ORDRE DE RENVOI

Extrait des *Journaux du Sénat* du 1er mars 2001 :

Reprise du débat sur la motion de l'honorable sénateur LeBreton, appuyée par l'honorable sénateur Kinsella,

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner pour en faire rapport l'état du système de soins de santé au Canada. Plus particulièrement, que le Comité soit autorisé à examiner :

a) les principes fondamentaux sur lesquels est fondé le système public de soins de santé au Canada;

b) l'historique du système de soins de santé au Canada;

c) les systèmes de soins de santé dans d'autres pays;

d) le système de soins de santé au Canada - pressions et contraintes;

e) le rôle du gouvernement fédéral dans le système de soins de santé au Canada;

Que les mémoires reçus et les témoignages entendus sur la question par le Comité dans la deuxième session de la trente-sixième législature soient déférés au Comité;

Que le Comité présente son rapport final au plus tard le 30 juin 2002;

Que le Comité soit autorisé, par dérogation aux règles usuelles, à déposer tout rapport auprès du greffier du Sénat si le Sénat ne siège pas à ce moment-là; et que le rapport soit réputé avoir été déposé à la Chambre du Sénat.

Après débat,

La motion, mise aux voix, est adoptée.

ATTESTÉ :

Le greffier du Sénat,

Paul C. Bélisle

MEMBRES

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie

L'honorable Michael J. L. Kirby, président
L'honorable Marjory LeBreton, vice-présidente

et les honorables sénateurs :

Catherine S. Callbeck
Erminie J. Cohen
Joan Cook
Jane Marie Cordy
Joyce Fairbairn
Alasdair B. Graham
Janis G. Johnson
Lucie Pépin
Douglas Roche
Brenda Robertson

* Sharon Carstairs (ou Fernand Robichaud)
* John Lynch-Staunton (ou Noel A. Kinsella)

Dont la nomination a été approuvée en vertu d'une motion du Sénat :

Les honorables sénateurs :

Callbeck, *Carstairs (ou Robichaud), Cohen, Cook, Cordy, Graham, Fairbairn, Kirby, Johnson, LeBreton, *Lynch-Staunton (ou Kinsella), Pépin, Roche, Robertson

Autres sénateurs ayant participé aux travaux du Comité au cours de la première session de la trente-septième legislature et de la deuxième session de la trente-sixième législature :

Les honorables sénateurs :

Atkins, Banks, Keon, Losier-Cool, Mahovlich, Meighen, Morin, Murray, Robichaud F. et Wilson

* Membres d'office

AVANT-PROPOS

Le système de soins de santé public du Canada a toujours donné lieu à des débats enflammés. Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie avait donc un défi de taille à relever : servir de forum pour permettre une discussion rationnelle des enjeux touchant le rôle du gouvernement fédéral dans le système de santé. Et c'est dans ce but qu'il a entrepris la présente étude.

Il présente ici le rapport de la phase 1 de son étude, fruit de ses travaux jusqu'à présent et premier d'une série de cinq rapports. Pour préparer l'avenir, nous devons savoir comment nous sommes arrivés jusqu'ici. C'est ainsi que nous nous penchons, dans ces pages, sur l'histoire du système de santé public du Canada, sur ce que nous savons des facteurs qui déterminent l'état de santé de la population et sur certains mythes et certaines réalités qui entourent le débat sur les soins de santé. C'est, en somme, le chemin parcouru.

Dans la phase 2, nous examinerons les pressions qui s'exerceront sur le système de santé au cours des prochaines années. Dans la phase 3, nous verrons comment certains pays ont structuré leur propre système, notamment divers pays qui ont un système universel sensiblement différent de celui du Canada. Dans la phase 4, nous tirerons des leçons des trois premières phases (passé, pressions futures et systèmes d'autres pays) et dégagerons des options pour le renouvellement et la réforme du rôle du gouvernement fédéral dans le système de santé. Ce quatrième rapport servira de base à un vaste débat avec des Canadiens de tous les horizons et de toutes les régions. Dans la phase 5, nous présenterons les résultats de ce débat, ainsi que nos recommandations pour opérer des changements.

Ce premier rapport n'aurait pas été possible sans le concours de nombreuses personnes de tous les coins du pays. Le Comité tient à remercier tous ceux qui ont témoigné devant lui ou lui ont fait parvenir des mémoires pour l'éclairer sur l'histoire du système de santé public du Canada, sur l'évolution de l'état de santé des Canadiens, sur les défis qui nous confrontent et sur les moyens à prendre pour améliorer notre système dans l'avenir. Bien que déposé au cours de la 37e législature, le présent rapport n'aurait pas vu le jour sans le vif intérêt et la précieuse contribution des membres du Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie de la 2e session de la 36e législature, ainsi que des nombreux sénateurs qui sont venus entendre les témoins ou remplacer certains membres de temps à autre. Le Comité se réjouit à l'idée de poursuivre son travail dans une atmosphère tout à fait non partisane, axée sur la recherche du consensus.

Le Comité espère que vous suivrez le débat avec intérêt et que vous vous y joindrez. C'est le maintien de notre programme social le plus précieux qui est en jeu. Nous nous devons de voir à ce que son avenir fasse l'objet d'un débat à la fois rationnel et objectif.

L'honorable Michael J.L. Kirby
Président

L'honorable Marjory LeBreton
Vice-présidente

LA SANTÉ DES CANADIENS
LE RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL
VOLUME UN - LE CHEMIN PARCOURU

❖

INTRODUCTION

En décembre 1999, au cours de la deuxième session de la trente-sixième législature, le Sénat a confié au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie le mandat de faire le point sur l'état du système canadien de soins de santé et d'examiner l'évolution du rôle du gouvernement fédéral dans ce domaine. Le Sénat a renouvelé ce mandat à la première session de la trente-septième législature, lequel se lit comme suit :

> *Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner pour en faire rapport l'état du système de soins de santé au Canada. Plus particulièrement, que le Comité soit autorisé à examiner :*
>
> *a) les principes fondamentaux sur lesquels est fondé le système public de santé au Canada;*
>
> *b) l'historique du système de soins de santé au Canada;*
>
> *c) les systèmes de santé publics dans d'autres pays;*
>
> *d) le système de soins de santé au Canada - pressions et contraintes;*
>
> *e) le rôle du gouvernement fédéral dans le système de soins de santé au Canada*[1].

Pour s'acquitter de ce mandat à la fois vaste et complexe, en février 2000, le Comité a amorcé un examen pluriannuel à facettes multiples, comportant cinq phases principales. Le tableau 1 renferme de l'information sur chacune des phases et leurs échéanciers respectifs.

[1] Débats du Sénat (hansard), 2e session, 36e législature, volume 138, numéro 23, 16 décembre 1999.

TABLEAU 1
EXAMEN DES SOINS DE SANTÉ :
LES PHASES ET LES ÉCHÉANCIERS PROPOSÉS

Phases	Contenu	Échéance visée	Publication du rapport
Phase un	Contexte historique et aperçu	Automne/hiver 2000	Mars 2001
Phase deux	Tendances futures, leurs causes et répercussions sur les coûts des soins de santé	Hiver/printemps 2001	Juin 2001
Phase trois	Modèles et pratiques d'autres pays	Hiver/printemps 2001	Juin 2001
Phase quatre	Document d'élaboration de solutions de rechange	Été 2001	Septembre 2001
Phase cinq	Audiences sur le document des solutions de rechange et élaboration de la version définitive du rapport et des recommandations	Automne 2001	Mars 2002

Le présent rapport a pour but de rendre compte des témoignages obtenus durant la première phase de l'examen des soins de santé. Les objectifs de la phase un étaient les suivants :

- retracer le rôle du gouvernement fédéral dans le système canadien de soins de santé et, plus particulièrement, examiner la législation fédérale initiale concernant les soins hospitaliers et médicaux;
- réexaminer la raison d'être de l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé*;
- étudier l'évolution du financement fédéral des soins de santé;
- passer en revue les faits les plus importants et les tendances ayant la plus grande incidence sur le système canadien de soins de santé, à la fois sous l'angle des dépenses en soins de santé et des indicateurs de l'état de santé;
- étudier la perception actuelle du système, notamment l'opinion publique et les questions faisant l'objet de consensus ou de désaccord chez les experts canadiens reconnus;

- examiner les mythes et les réalités actuels du système canadien de soins de santé.

Afin d'atteindre les objectifs de la phase un, le Comité a accueilli une gamme variée de témoins, notamment : des anciens ministres et sous-ministres fédéraux et provinciaux de la santé; des économistes de la santé; des spécialistes de l'histoire du Canada, de l'administration de la santé publique, de la politique gouvernementale et de l'éthique en santé; des représentants de Santé Canada et du ministère des Finances; certaines organisations de soins de santé; des sondeurs canadiens; ainsi que des représentants de l'Institut canadien d'information sur la santé. Nous les remercions de leurs précieuses contributions.

Aux fins du présent examen, nous entendons par soins de santé toute activité dont l'objectif principal est d'améliorer ou de maintenir la santé ou d'en prévenir la détérioration. Cette définition est très large et englobe la promotion de la santé, la prévention des maladies, la protection de la santé, la santé publique et la recherche sur la santé, ainsi que les services diagnostiques et le traitement des maladies. Elle comprend également un large éventail de lieux de prestation de services (hôpitaux, domicile, communauté, cliniques, etc.) et toute une panoplie de fournisseurs de services (médecins, infirmiers, infirmiers praticiens, pharmaciens, physiothérapeutes, soignants, etc.).

Notre définition s'écarte de la gamme restreinte de services de santé visés par la *Loi canadienne sur la santé*, qui couvre uniquement les services hospitaliers et médicaux. En outre, en raison du virage ambulatoire qui favorise la prestation de soins à domicile et de soins communautaires (au lieu des soins en établissement), de plus en plus, de nombreux services ne sont pas visés par la *Loi*.

Il faudra à notre avis tenir compte de ces deux notions — les soins de santé au sens large et l'application étroite de la *Loi canadienne sur la santé* — car toute réforme du système public de soins de santé, lequel est actuellement centré sur la *Loi canadienne sur la santé*, repose peut-être sur une vision plus large de ce que constituent la santé et les soins de santé.

Le présent rapport compte six chapitres. Le chapitre 1 contient des renseignements historiques sur le régime public d'assurance-santé au Canada et la contribution du gouvernement fédéral au financement des soins de santé. Le chapitre 2 retrace l'évolution des principes pancanadiens au sein du système des soins de santé et leur application ou administration par le gouvernement fédéral. Le chapitre 3 porte sur les attitudes et les attentes, actuelles et passées, de la population à l'égard du système de soins de santé. Le chapitre 4 renferme un bref examen des tendances d'hier et d'aujourd'hui en matière de dépenses en soins de santé, notamment des données comparatives du Canada et d'autres pays de l'OCDE. Le chapitre 5 présente de l'information sur l'état de santé des Canadiens et explique les concepts de « déterminants de la santé » et de « santé de la population ». Le chapitre 6 traite des mythes et des réalités en vue de dissiper bien des malentendus et de permettre un débat éclairé et fondé sur les soins de santé.

CHAPITRE UN

HISTORIQUE DU RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE-SANTÉ ET DU RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL DANS LE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ

L'histoire du régime public d'assurance-santé au Canada est depuis longtemps un sujet d'étude vaste et complexe. Le rôle du gouvernement fédéral dans le domaine des soins de santé, particulièrement en ce qui concerne les mécanismes de financement, a considérablement évolué au fil des ans[2].

> *La prestation et le financement des services de santé sur une base universelle fait l'objet d'études depuis des années. Plusieurs commissions se sont penchées sur la question dans les années 30 et 40.*
>
> *Abby Hoffman, conseillère principale en matière de politiques, Santé Canada (13:1).*

1.1 Le rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé et des soins de santé

Au cours des audiences du Comité, quelques témoins ont présenté dans ses grandes lignes le fondement du rôle fédéral dans le domaine de la santé et des soins de santé. Voici un compte rendu de leurs observations.

> *Même si les gouvernements provinciaux assument la responsabilité de la prestation des soins de santé, le domaine de la santé ne relève pas exclusivement de l'un ou l'autre des gouvernements. Il existe des mécanismes bien établis et bien conçus pour assurer une collaboration entre les gouvernements dans le domaine de la santé.*
>
> *Abby Hoffman, conseillère principale en matière de politiques, Santé Canada (13:5).*

En vertu de la Constitution, les provinces ont la responsabilité d'assurer des soins de santé à la majorité des Canadiens; toutefois, le gouvernement fédéral a aussi des rôles et des responsabilités dans des domaines liés à la santé et aux soins de santé. Sa première responsabilité (et la plus directe) consiste à assurer l'accès des soins de santé à certains groupes, notamment les soins primaires aux Premières nations et aux collectivités inuites, ainsi que d'autres services aux vétérans et au personnel de la GRC, du Service correctionnel et des Forces armées.

Le deuxième domaine de responsabilité a trait à la catégorie générale de la protection de la santé. Par exemple, il incombe à Santé Canada de régir la sécurité et l'efficacité des médicaments et des dispositifs médicaux; le ministère des Pêches et des Océans veille à la salubrité du poisson et des fruits de mer que nous achetons; et Environnement Canada contrôle la qualité de nos terres, de notre air et de notre eau.

Le troisième volet du rôle fédéral dans le domaine de la santé englobe la promotion de la santé, la prévention des maladies et les stratégies de sensibilisation. Ces stratégies visent principalement à sensibiliser et à informer les gens, et à les encourager à jouer un rôle actif dans l'amélioration de leur santé et de leur mieux-être.

> *La mission qui est celle du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé, consiste à aider les Canadiens à protéger et à améliorer leur santé. Nous le faisons en travaillant dans trois champs d'activité. Il y a d'abord la politique et les systèmes de santé nationaux, et particulièrement notre système de soins de santé financé par l'État. Il y a ensuite le travail que nous accomplissons sur le plan de la promotion de la protection de la santé, y compris la prévention des maladies et des accidents. Notre troisième champ d'action concerne les services de santé et de soins mis à la disposition des Premières nations et des Inuits.*
>
> *Abby Hoffman, conseillère principale en matière de politiques, Santé Canada (13:5).*

Le quatrième domaine d'intervention fédérale est celui de la recherche en santé. Depuis 40 ans, le gouvernement fédéral fournit un financement considérable par l'intermédiaire du Conseil de recherches médicales (CRM). En 1999, ce rôle a été élargi, par la création des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), qui remplacent le CRM. Les IRSC constituent le principal organisme fédéral de financement de la recherche en santé au pays.

La cinquième sphère de responsabilité du gouvernement fédéral, et peut-être la plus importante, est le soutien financier aux systèmes provinciaux de soins de santé. Selon le professeur Keith Banting, directeur de la « School of Policy Studies » à l'Université Queen's (Kingston, Ontario), l'intervention fédérale dans les soins de santé provinciaux découle principalement du « pouvoir de dépenser » prévu dans la Constitution :

---

[2] Dans le présent rapport, la référence aux témoignages publiés dans les *Délibérations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie* sera indiquée uniquement par le numéro de fascicule et le numéro de la page qui contiennent la citation.

> Selon la Constitution, le pouvoir de dépenser est réputé appartenir au gouvernement fédéral qui fait des paiements aux particuliers, aux institutions ou aux gouvernements provinciaux, et qui fait même des paiements dans des champs d'action pour lesquels, selon la Constitution, il n'a ni pouvoir législatif, ni pouvoir réglementaire. [...] Ce pouvoir n'est pas à proprement parler inscrit dans la Constitution, mais un certain nombre d'autres instances en ont fait cette interprétation constitutionnelle. C'est ce pouvoir qui a été à la base de l'avènement au Canada de l'État-providence et du développement d'une politique en matière de santé[3].

En vertu de son pouvoir de dépenser, le gouvernement fédéral peut appliquer des fonds qu'il a prélevés au moyen de mesures fiscales ou autres, et fixer des conditions à l'utilisation de ces fonds. Il a été signalé au Comité que le pouvoir de dépenser du gouvernement fédéral est à la base du transfert des fonds consacrés à l'utilisation des soins de santé ainsi que de l'administration et de l'application de la *Loi canadienne sur la santé*. Comme nous le verrons plus loin, le gouvernement fédéral joue un rôle important dans l'appui financier aux systèmes provinciaux de soins de santé, et ce, depuis de nombreuses années.

1.2 Ententes de partage des coûts

La forme actuelle du régime public d'assurance-santé au Canada est le fruit d'une évolution étalée sur cinq décennies. Avant la fin des années 40, la médecine et l'assurance privées dominaient les soins de santé au Canada, et l'accès aux soins dépendait de la capacité de payer.

Tom Kent, ancien sous-ministre fédéral et conseiller principal en matière de politiques auprès de Lester B. Pearson, a fait valoir que l'objectif qui sous-tendait la politique fédérale en matière de soins de santé était essentiellement d'assurer un accès en temps opportun aux services de santé requis, sans obstacle financier excessif :

> Les Canadiens qui se souviennent de l'époque qui a précédé l'assurance-santé ne constitueront plus sous peu qu'une minorité, si ce n'est déjà fait. Bien sûr, ce qu'était la vie avant que n'existe l'assurance-santé constitue la principale

[3] Keith Banting (9:62).

> raison qui a mené à sa création. Comme vous le savez tous, autrefois, se faire soigner pouvait représenter un désastre financier même pour les biens nantis, et nombreux étaient les pauvres qui ne se faisaient pas soigner lorsqu'ils en avaient besoin. La politique de l'assurance-santé visait tout simplement à rectifier cette situation et à faire en sorte que les gens puissent obtenir des soins médicaux lorsqu'ils en avaient besoin, sans égard à quelque autre considération que ce soit[4].

Le mouvement vers un régime d'assurance-santé financé par l'État s'est amorcé en 1947 lorsque la province de la Saskatchewan a adopté un régime d'assurance public et universel pour les services hospitaliers. Puis, en 1957, le gouvernement fédéral a adopté la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* afin d'encourager l'établissement de régimes d'assurance-hospitalisation dans toutes les provinces. Dans le cadre de cette loi, le gouvernement fédéral proposait de partager les coûts des services hospitaliers et diagnostiques avec les provinces, de manière à peu près égale[5]. Le versement des fonds fédéraux était lié à certaines conditions : les provinces convenaient d'offrir les services assurés à tous leurs résidents, suivant les mêmes modalités et conditions. En 1961, toutes les provinces avaient conclu des ententes mettant sur pied des régimes d'assurance-santé qui prévoyaient une couverture universelle en ce qui a trait aux soins médicaux aux patients hospitalisés.

> *En 1964, la Commission royale d'enquête sur les services de santé a recommandé au gouvernement fédéral de conclure avec les provinces des ententes sur le partage des coûts de services de santé complets et universels pour les citoyens, affirmant que l'accès sans frais aux soins de santé pour tous les Canadiens était équitable, rentable et responsable sur le plan social.*
>
> *Abby Hoffman, conseillère principale en matière de politiques, Santé Canada (13:10).*

En 1962, la Saskatchewan a encore une fois ouvert la voie en élargissant l'assurance-santé publique aux services médicaux offerts à l'extérieur des hôpitaux. En 1964, la Commission royale d'enquête sur les services de santé, présidée par l'honorable juge Emmett Hall, a recommandé que le gouvernement fédéral mette sur pied un régime public d'assurance-soins médicaux semblable à celui offert aux résidents de la Saskatchewan. En réponse au rapport de la commission Hall, le

[4] Tom Kent (13:30).

[5] Dans le cadre de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques*, on calculait les versements aux provinces de la manière suivante : le montant à verser à une province au cours d'une année était de 25 % de la moyenne nationale du coût par habitant des services assurés, plus 25 % du coût des services assurés par résident de cette province, multiplié par la population de cette province pour l'année en question. Dans l'ensemble, la contribution du gouvernement fédéral équivalait à environ 50 % des coûts des services assurés au

gouvernement fédéral a adopté en 1966 la *Loi sur les soins médicaux*, qui prévoyait que le fédéral assumerait environ la moitié des coûts des services médicaux admissibles[6]. Pour avoir droit aux fonds fédéraux, les régimes provinciaux d'assurance-santé devaient satisfaire à quatre conditions en matière d'administration publique, de transférabilité, d'universalité et d'intégralité. En 1972, toutes les provinces avaient élargi leurs régimes d'assurance-santé de manière à inclure les services de médecin.

En 1966, le gouvernement fédéral a mis sur pied le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC). Même si l'objectif principal de ce programme fédéral-provincial était le partage des coûts associés aux services d'assistance sociale, le RAPC couvrait aussi les coûts de certains services de santé dont avaient besoin les assistés sociaux mais que le régime public d'assurance-santé et les régimes provinciaux complémentaires ne finançaient pas, principalement ceux des médicaments d'ordonnance ainsi que ceux des soins dentaires et ophtalmologiques.

Au cours des audiences, des témoins ont relevé un certain nombre de désavantages liés aux ententes de partage des coûts, à la fois dans le cadre de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* et de la *Loi sur les soins médicaux* :

- le manque de prévisibilité des coûts pour le gouvernement fédéral;
- l'extrême lourdeur administrative;
- l'inflexibilité du financement fédéral, qui nuisait à l'innovation;
- la perception par les provinces qu'il s'agissait d'une ingérence fédérale dans un domaine de compétence provincial.

Selon l'honorable Marc Lalonde, ancien ministre de la Santé et ministre des Finances du gouvernement fédéral, vu que les transferts fédéraux aux provinces étaient liés aux initiatives

---

Canada, mais cette contribution était supérieure dans les provinces où les coûts par habitant étaient inférieurs à la moyenne nationale, et inférieure dans les autres provinces.

[6] Dans le cadre de la *Loi sur les soins médicaux*, le montant auquel avait droit une province au cours d'une année était équivalent à 50 % de la moyenne nationale du coût par habitant des services assurés, multiplié par la population de la province cette année-là. Ainsi, toutes les provinces recevaient des transferts par habitant égaux, même si la contribution fédérale en termes de proportion des dépenses provinciales totales variait d'une province à l'autre.

provinciales en matière de dépenses, les programmes à coûts partagés s'avéraient trop coûteux pour le gouvernement fédéral; de plus, les coûts étaient imprévisibles :

> Du côté du gouvernement fédéral, [...] nous étions pris à payer 50 p. 100 de ce que les provinces voulaient dépenser dans les domaines couverts sans avoir quoi que ce soit à dire sur l'allocation de ces dépenses par les gouvernements provinciaux. Il y avait alors un désir de grande prévisibilité dans les obligations du gouvernement fédéral [...][7].

Tom Kent, que certains considèrent comme le fondateur du régime d'assurance-santé canadien, a fait valoir que ces ententes de partage des coûts étaient à la fois lourdes à administrer et perçues comme une ingérence dans un domaine de compétence provincial :

> [...] Toutefois, comment ces 50 p. 100 des coûts étaient-ils calculés? Pour l'assurance-hospitalisation, les provinces avaient signé des accords qui exigeaient d'elles qu'elles fournissent des rapports détaillés et consentent à ce que le fédéral avalise une bonne part de leurs décisions. On s'est opposé, en principe, à cela sous prétexte qu'il s'agissait d'une ingérence dans une compétence provinciale et d'une distorsion des priorités provinciales. De plus, et c'était important autant pour les gouvernements provinciaux que pour le gouvernement fédéral, le système était lourd à administrer[8].

> *Jusqu'alors, les provinces devaient présenter des rapports détaillés sur leurs programmes, et les fonctionnaires fédéraux devaient décider si tel ou tel programme — par exemple un foyer pour personnes âgées — relevait ou non de l'enveloppe à frais partagés. Beaucoup de décisions de détail ont été prises à Ottawa, ce qui, en réalité, représentait une intervention beaucoup plus lourde et un contrôle administratif beaucoup plus accentué du champ de compétence provincial.*
>
> *Keith Banting, Université Queen's (9:64)*

M. Lalonde a également signalé que les provinces s'inquiétaient du manque de souplesse du financement découlant de la loi fédérale, car ce financement se limitait aux services hospitaliers et médicaux. À son avis, il en résultait une distorsion de la répartition des ressources affectées aux soins de santé et un effet néfaste sur l'innovation :

> [...] le régime en force décourageait l'innovation et concentrait les ressources dans des domaines plus coûteux comme la santé, l'assurance-hospitalisation et l'assurance médicale. [...] Avec le temps, on s'est aperçu que cette

[7] L'hon. Marc Lalonde (15:7).
[8] Tom Kent (13:33).

> conception des soins de santé était plutôt étriquée et qu'il y avait une alternative moins coûteuse que l'hospitalisation pour bon nombre de traitements. Malheureusement, cette alternative n'était pas éligible à la participation aux coûts par le gouvernement fédéral. [...] [Par exemple,] le gouvernement du Québec voulait mettre sur pied des centres locaux de services communautaires pour dégorger les hôpitaux, favoriser des services moins spécialisés et plus accessibles à la population. Il faisait cependant face à une situation où il lui fallait absorber 100 p. 100 de ces coûts[9].

En 1977-1978, on a remplacé les ententes de partage des coûts moitié-moitié par le Financement des programmes établis (FPE), un mécanisme de financement global qui combinait les transferts fédéraux destinés aux services hospitaliers et aux soins médicaux et les transferts destinés à l'éducation postsecondaire. La même année, le gouvernement fédéral a aussi mis sur pied le Programme des services complémentaires de santé (PSCS) afin d'offrir aux provinces une aide financière destinée aux soins ambulatoires, aux soins intermédiaires en maison de repos, aux soins en établissement pour adultes et aux soins à domicile. Les transferts dans le cadre du PSCS étaient liés au mécanisme de financement global du FPE.

> *Le nouveau système, qu'on allait appeler financement forfaitaire, faisait en sorte que le gouvernement fédéral verse aux provinces une contribution générale pour couvrir les dépenses de santé et d'éducation postsecondaire. Il n'y aurait dès lors plus cette étroite correspondance entre les dépenses et les transferts, en ce sens que le gouvernement fédéral ferait un virement forfaitaire qui ne serait pas calculé en fonction de ce que les provinces auraient dépensé, mais qui augmenterait au fil du temps parallèlement à la croissance de l'économie. Le montant du transfert n'aurait dorénavant plus rien à voir avec le montant dépensé par la province.*
>
> *Keith Banting, Queen's University (9:64).*

1.3 Fonctionnement du mécanisme de financement global du FPE

Dans le cadre du FPE, chaque province recevait un montant égal par habitant pour les soins de santé et l'éducation postsecondaire. Théoriquement, environ 70 % des transferts au titre du FPE étaient affectés au volet « soins de santé » et 30 %, au volet « éducation ». Cette répartition était arbitraire, étant donné que le FPE était un mécanisme de financement « global ». Contrairement aux programmes à coûts partagés, les transferts au titre du FPE n'étaient pas fonction des dépenses de la province affectées aux soins de santé et à

[9] L'hon. Marc Lalonde (15:6-7).

l'éducation postsecondaire. De plus, les pourcentages signalés ci-dessus ne reflétaient pas nécessairement la répartition mise en application au niveau provincial, puisque les provinces avaient la possibilité d'utiliser les transferts du FPE suivant de leurs propres priorités.

Les droits des provinces au titre du FPE comportaient deux volets : un transfert fiscal et un transfert monétaire. Dans le cadre du transfert fiscal, le gouvernement fédéral cédait une marge fiscale aux provinces en leur transférant des points d'impôt. Pour ce faire, il réduisait ses taux d'imposition et les provinces augmentaient les leurs d'un niveau équivalent. Ainsi, il y avait une réaffectation des recettes entre les deux ordres de gouvernement : les recettes fédérales étaient réduites d'un montant équivalent à l'augmentation des recettes des gouvernements provinciaux. Le fardeau fiscal des contribuables demeurait le même puisque, même s'ils déboursaient davantage en impôt provincial, ils versaient moins en impôt fédéral[10]. Le transfert monétaire – un versement périodique par chèque – comblait la différence entre les droits totaux au titre du FPE de chaque province et la valeur du transfert fiscal.

Au départ, on calculait le versement de base au titre du FPE en se reportant à un montant par habitant initial, déterminé en 1975-1976, puis rajusté chaque année à l'aide d'un facteur de progression lié au taux de croissance du produit intérieur brut (PIB)[11] par habitant[12]. Pour calculer la valeur totale des droits d'une province au titre du FPE, on multipliait le montant par habitant initial par le facteur de progression, puis par la population de la province.

---

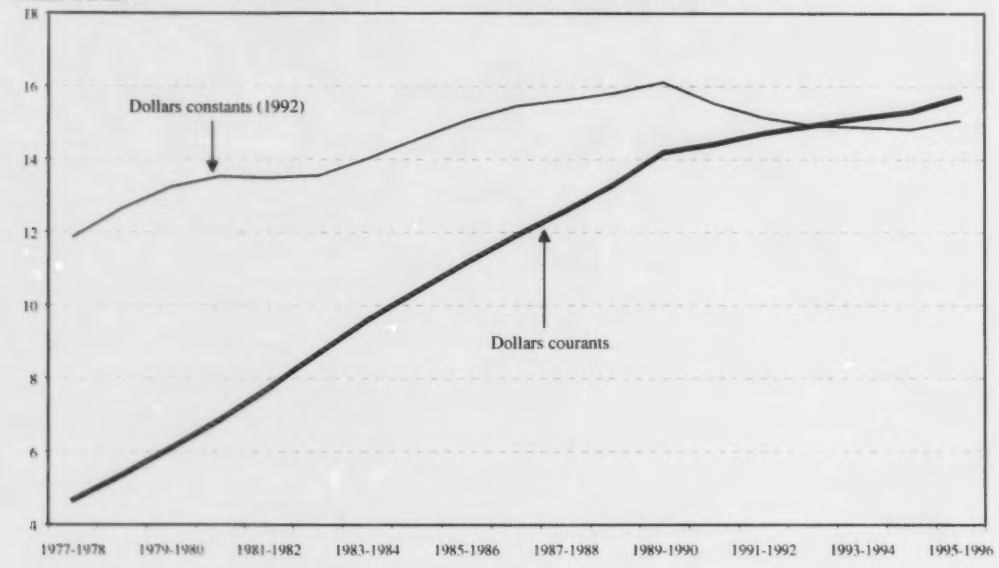
[10] Dans le cadre du FPE, le gouvernement fédéral a transféré 13,5 points de l'impôt sur le revenu des particuliers et un point de l'impôt sur le revenu des sociétés. Les provinces dont les recettes fiscales était inférieures à une norme provinciale recevaient des paiements de péréquation assurant que leur transfert serait équivalent à la norme (les provinces auxquelles on se reportait pour établir la norme étaient le Québec, l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan et la Colombie-Britannique). Se prévalant des accords de retrait facultatif, le Québec a reçu un abattement spécial de 8,5 points d'impôt additionnels pour l'impôt sur le revenu des particuliers. En raison de cet abattement additionnel, le Québec a obtenu une part relativement plus importante que les autres provinces de sa contribution fédérale sous forme de points d'impôt transférés et une part plus petite sous forme de transferts monétaires. Cependant, au total, les droits du Québec au titre du FPE (par habitant) étaient exactement les mêmes que ceux des autres provinces.

[11] Le PIB mesure la valeur de tous les biens, services et investissements à l'intérieur d'un pays durant une période déterminée, habituellement un an.

[12] Les montants des droits par habitant initiaux étaient de 144,34 $ pour les soins hospitaliers et médicaux, de 68,31 $ pour l'éducation postsecondaire et de 20,00 $ pour les services de santé complémentaires.

En vue de réduire le déficit fédéral, le facteur de progression a été modifié à plusieurs reprises. En 1983-1984 et 1984-1985, on a plafonné le facteur de progression associé au volet de l'éducation à 6 % et à 5 % respectivement (si on avait utilisé la formule tenant compte de la croissance du PIB, le volet du PFE consacré à l'éducation aurait augmenté de 9 % en 1983-1984 et de 8 % en 1984-1985). Quant aux autres années, le facteur de progression était le même que pour le volet des soins de santé.

GRAPHIQUE 1.1
DROITS TOTAUX AU TITRE DU FPE AFFECTÉS AUX SOINS DE SANTÉ



Source: Ministère des Finances, calculs spéciaux, 21 juillet 2000, et Bibliothèque du Parlement.

De 1986-1987 à 1989-1990, on a réduit de 2 % le facteur de progression utilisé pour calculer les droits totaux au titre du PFE. Après cette période, et jusqu'en 1994-1995, on a gelé les transferts par habitant à leurs niveaux de 1989-1990, si bien que les paiements de transfert ont augmenté en fonction de la croissance démographique de chaque province (environ 1 %). En 1995-1996, on a diminué le facteur de progression de 3 %, entraînant un facteur de progression négatif (presque –1,0 %, selon la Division des relations fédérales-provinciales du ministère des Finances); ainsi, il y a eu une réduction des transferts par habitant, puisque la croissance du PIB était inférieure à 3 %.

Le graphique 1.1 illustre l'évolution des droits totaux au titre du FPE, à la fois en dollars courants et en dollars constants. En termes de dollars courants, il y a eu une croissance continue des paiements de transfert totaux destinés aux soins de santé, bien que le taux de croissance ait diminué considérablement à la fin des années 80. Cependant, après un rajustement tenant compte de l'inflation et la conversion en dollars constants (1992), on constate que les droits des provinces destinés aux soins de santé ont commencé à diminuer en 1989-1990. À cause de son déficit et de sa volonté de réduire ses dépenses, à la fin des années 80 et au début des années 90, le gouvernement fédéral a progressivement restreint sa contribution réelle aux soins de santé provinciaux.

Pour nous faire une idée de l'ampleur de la réduction du financement fédéral, nous avons demandé à la Bibliothèque du Parlement d'estimer le manque à gagner des provinces découlant des contraintes imposées à la croissance des transferts du FPE destinés aux soins de santé. Nous avons utilisé deux méthodes de calcul. La première méthode détermine la différence entre les droits réels assignés par le FPE aux soins de santé et la valeur hypothétique des transferts fédéraux si le FPE n'avait subi aucune modification. La seconde méthode est différente, car elle compare les modifications apportées par la loi à la formule du FPE d'une période à la suivante. Elle détermine la différence entre les droits réels assignés par le FPE aux soins de santé et le niveau des transferts que les provinces auraient obtenus en supposant le maintien des mesures en vigueur lors de la période précédente. Le tableau 1.1 présente les résultats de ces calculs. Bien qu'il faille considérer ces données avec prudence, il est clair que les provinces ont subi des pertes continuelles de 1986-1987 à 1995-1996 pour ce qui est des transferts fédéraux destinés aux soins de santé.

Certains témoins ont avancé que, même s'il ne s'agissait pas de l'objectif initial du FPE, le mécanisme de financement global a permis au gouvernement fédéral de réduire son engagement financier à l'égard des soins de santé. Par exemple, l'honorable Marc Lalonde a formulé le commentaire suivant :

> Je tiens à souligner que l'intention à l'époque n'était d'ailleurs pas de réduire la contribution fédérale aux services déjà couverts, mais il est évident que les événements subséquents ont démontré qu'il était peut-être plus facile pour le

gouvernement fédéral de le faire en vertu du programme de 1977 qu'antérieurement[13].

TABLEAU 1.1
ÉVALUATION DU MANQUE À GAGNER DES PROVINCES IMPUTABLE AUX CONTRAINTES IMPOSÉES À LA CROISSANCE DES TRANSFERTS AU TITRE DU FPE POUR LES SOINS DE LA SANTÉ

	Résultats – 1ère méthode de calcul (en dollars)	Résultats – 2e méthode de calcul (en dollars)
1986-1987	226 309 946	226 309 946
1987-1988	486 176 584	486 176 584
1988-1989	779 908 361	779 908 361
1989-1990	1 119 885 311	1 119 885 311
1990-1991	2 235 404 086	1 923 289 637
1991-1992	3 091 649 580	2 428 407 569
1992-1993	3 516 854 362	2 485 271 924
1993-1994	3 688 879 572	2 287 699 962
1994-1995	3 935 164 742	2 152 824 719
1995-1996	4 533 434 766	2 270 889 679
TOTAL	23 613 667 310	16 160 663 692

Source : Ministère des Finances et Bibliothèque du Parlement.

Toutefois, un tel désengagement a nui à la visibilité du gouvernement fédéral dans le domaine des soins de santé :

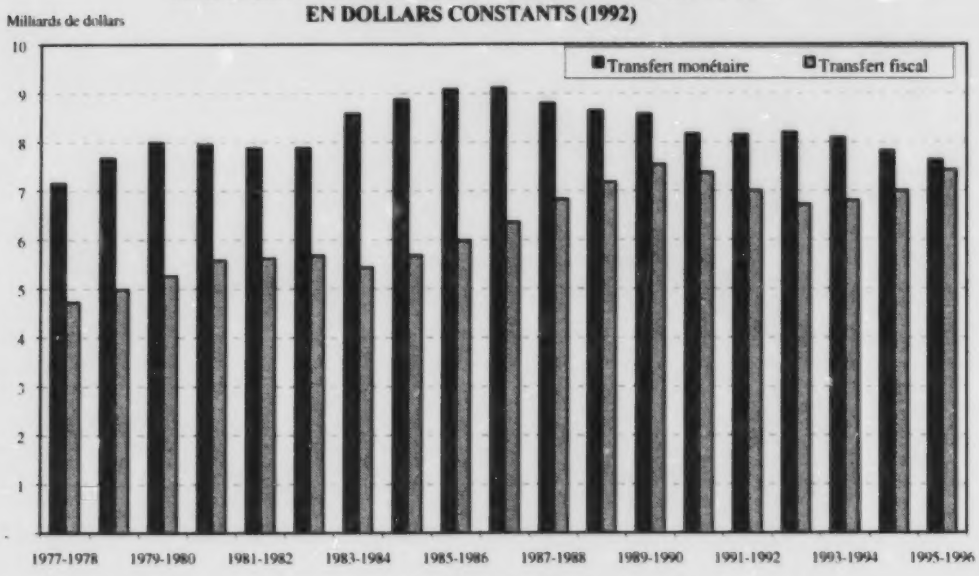
> Il était plus difficile, évidemment, d'évaluer spécifiquement la contribution fédérale à chaque programme puisque vous aviez des versements qui couvraient un ensemble de programmes et qu'il n'y avait pas une allocation spécifique comme antérieurement, à l'assurance médicale. [...] Sans aucun doute, il en est résulté une certaine réduction de la visibilité politique de la contribution fédérale[14].

Le graphique 1.2 illustre les voies divergentes suivies par les transferts monétaires et les transferts fiscaux, à la suite des limites imposées au taux de croissance général des droits au titre du FPE. Tandis que les transferts monétaires destinés aux soins de santé ont diminué continuellement entre 1986-1987 et 1995-1996, la valeur des transferts fiscaux a augmenté en

[13] L'hon. Marc Lalonde (15:7).

termes réels au cours de la première moitié des années 90. Il est devenu clair que, à moyen terme, les contraintes imposées au taux de croissance des droits au titre du FPE destinés aux soins de santé auraient tari les transferts monétaires dans certaines provinces. Nous abordons la distinction entre les transferts monétaires et fiscaux de manière plus approfondie à la section 1.5 plus loin.

GRAPHIQUE 1.2
TRANSFERTS MONÉTAIRES ET FISCAUX AU TITRE DU FPE
EN DOLLARS CONSTANTS (1992)



Source: Ministère des Finances, calculs spéciaux, 21 juillet 2000, et Bibliothèque du Parlement.

1.4 Le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS)

Dans le discours du budget de 1995, le gouvernement fédéral a annoncé qu'il prévoyait fusionner le FPE et le RAPC en un nouveau mécanisme de financement global appelé le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS), qui engloberait les transferts destinés aux soins de santé, à l'éducation postsecondaire et à l'aide sociale. Avec l'entrée en vigueur du projet de loi C-76, la mise en œuvre du TCSPS est survenue en 1996-1997. Depuis, la *Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement et les provinces*, qui régit le TCSPS à

[14] *Ibid.*

l'heure actuelle, a fait l'objet de modifications à cinq reprises, au moyen des mesures législatives suivantes : le projet de loi C-31 (1996), le projet de loi C-28 (1998), le projet de loi C-71 (1999), le projet de loi C-32 (2000) et le projet de loi C-45 (2000). Le tableau 1.2 rend compte des diverses mesures législatives ayant eu une incidence sur le TCSPS.

TABLEAU 1.2
BREF HISTORIQUE DU TCSPS

1995	Le budget annonce que, à compter de 1996, le FPE et le RAPC seront remplacés par un mécanisme de financement unique, le TCSPS. Pour 1995-1996 (projet de loi C-76) : • la croissance du FPE est fixée au niveau de croissance du PNB moins 3 %; • le RAPC est gelé aux niveaux de 1994-1995 pour toutes les provinces; • les droits au titre du TCSPS sont fixés à 26,9 milliards de dollars pour 1996-1997 et à 25,1 milliards pour 1997-1998; • ces droits pour 1996-1997 seront répartis entre les provinces dans la même proportion que le total des droits au titre du FPE et du RAPC pour 1995-1996; • la valeur des transferts en espèces est obtenue de façon résiduelle : elle est égale à la différence entre les transferts des points d'impôt et l'ensemble des droits au titre du TCSPS.
1996	Le budget annonce un mécanisme quinquennal de financement du TCSPS de 1998-1999 à 2002-2003 (projet de loi C-31) : • pour 1996-1997 et 1997-1998, les droits au titre du TCSPS sont maintenus à 26,9 et 25,1 milliards de dollars respectivement. Puis, pour 1998-1999 et 1999-2000, ils sont fixés à 25,1 milliards. Pour les trois exercices subséquents, ils augmenteront en fonction d'un facteur de progression, soit la croissance moyenne du PIB au cours des trois années précédentes moins un coefficient prédéterminé (2 % en 2000-2001, 1,5 % en 2001-2002 et 1 % en 2002-2003); • un plancher des transferts en espèces d'au moins 11 milliards de dollars par année est établi; • une nouvelle formule de répartition est mise en place pour tenir compte des différences dans la croissance démographique des provinces et pour réduire de moitié d'ici 2002-2003 les disparités existantes dans le calcul des droits – un premier jalon dans la direction d'une répartition égale par habitant.
1998	Un projet de loi est adopté (C-28), fixant le nouveau plancher des transferts en espèces du TCSPS à 12,5 milliards de dollars entre 1997-1998 et 2002-2003. Par conséquent, les droits totaux au titre du TCSPS varient directement selon la valeur des points d'impôt et le transfert en espèces n'est plus déterminé de façon résiduelle.
1999	Le budget prévoit une bonification du TCSPS se chiffrant à 11,5 milliards de dollars sur cinq ans, expressément pour les soins de santé (projet de loi C-71) : • huit milliards de dollars sous forme d'une majoration du TCSPS et 3,5 milliards de dollars sous forme d'un supplément au TCSPS, pour permettre aux provinces et aux territoires de prélever des fonds sur trois ans en fonction de leurs besoins. Le supplément est versé aux provinces selon un montant égal par habitant; • le plancher des transferts en espèces est aboli, la nouvelle législation prévoyant un montant pour ces transferts dépassant la limite des 12,5 milliards de dollars; de même, le facteur de progression servant à calculer la croissance des droits totaux au titre du TCSPS disparaît, puisque ces derniers ne sont plus fixés par la loi et varient directement selon le montant des transferts en espèces; • la formule de répartition provinciale est modifiée pour que les droits au titre du TCSPS soient calculés sur la base d'un montant égal par habitant d'ici 2001-2002; • la loi prolonge le TCSPS jusqu'en 2003-2004.
2000	Le budget annonce 2,5 milliards de dollars de plus pour le TCSPS afin d'aider les provinces et les territoires à financer l'enseignement postsecondaire et les soins de santé (projet de loi C-32). Ces crédits sont versés dans un Fonds du supplément du TCSPS, et les provinces et les territoires reçoivent un montant identique par habitant. Les provinces peuvent utiliser leur part du supplément en tout temps, sur

	une période de quatre ans (de 2000-2001 à 2003-2004).
2000	Le TCSPS est prolongé d'un an, soit jusqu'en 2005-2006, et le montant total des droits à ce titre est porté à 21,1 milliards de dollars sur une période de cinq ans (projet de loi C-45). Les transferts en espèces bonifiés doivent s'appliquer aux trois domaines visés par le TCSPS, dont le développement de la petite enfance, et sont attribués aux provinces de sorte que celles-ci reçoivent la même somme par habitant.

*Source : Ministère des Finances (*http://www.fin.gc.ca/FEDPROVF/hisf.html*) et Bibliothèque du Parlement.*

La structure du TCSPS ressemble à celle du FPE, étant donné que le TCSPS comporte à la fois des transferts monétaires et fiscaux. Cependant, contrairement au FPE, le TCSPS prévoyait un plancher pour les transferts monétaires. On a établi le plancher monétaire, d'abord fixé à 11 milliards de dollars puis majoré à 12,5 milliards en 1997-1998, pour s'assurer que la croissance de la valeur des points d'impôt n'éroderait pas le transfert monétaire[15]. De nombreux témoins ont signalé que, en créant le TCSPS, le gouvernement fédéral a prévenu l'érosion de sa capacité de veiller à ce que les provinces respectent la *Loi canadienne sur la santé.*

La loi sur le TCSPS précise la manière dont les droits totaux seront répartis entre les provinces. Initialement, on ne calculait pas les droits des provinces sur la base d'un montant par habitant. Avec le projet de loi C-76 (1995), la répartition pour l'année 1996-1997 était fondée uniquement sur la part des transferts obtenue par chaque province dans le cadre du RAPC en 1994-1995 et dans le cadre du FPE en 1995-1996. Puis, avec le projet de loi C-31 (1996), les droits de chaque province pour 1997-1998 étaient basés sur les transferts obtenus dans le cadre des programmes antérieurs, ainsi que sur le ratio entre les croissances démographiques cumulatives de la province et du Canada. De 1998-1999 à 2002-2003, la formule de répartition devait être similaire à celle de 1997-1998, mais en tenant compte de la proportion de la population nationale au sein de chaque province et en appliquant aussi un coefficient de pondération. Cette modification de la formule visait à réduire les écarts entre les provinces en matière de transferts par habitant, sans toutefois verser les mêmes montants par habitant[16].

[15] Le plancher des transferts en espèces au titre du TCSPS a été aboli en 1999, la nouvelle législation (projet de loi C-71) prévoyant un montant pour ces transferts dépassant la limite des 12,5 milliards de dollars.

[16] La raison principale de ces écarts est la différence du financement attribué dans le cadre du RAPC : les provinces qui recevaient une part supérieure à la moyenne dans le cadre du RAPC ont continué de bénéficier d'une part supérieure à la moyenne dans le cadre du TCSPS.

Avec l'adoption du projet de loi C-71 en 1999, on a modifié encore une fois la méthode de répartition des transferts au titre du TCSPS. La nouvelle méthode permet une répartition moins axée sur la part provinciale initiale (basée sur les programmes précédents du FPE et du RAPC) et reflétant davantage le poids démographique des provinces. Ainsi, les transferts au titre du TCSPS se dirigent progressivement vers une répartition par habitant identique entre les provinces. En fait, il est prévu que, d'ici 2001-2002, toutes les provinces recevront une part égale par habitant des droits au titre du TCSPS.

Cette répartition égale des droits par habitant doit toucher les transferts monétaires et fiscaux, et pas seulement les transferts monétaires. La contribution monétaire fédérale par habitant variera encore d'une province à l'autre. Toutes les provinces qui bénéficient de la péréquation obtiennent, comme dans le passé, une contribution monétaire au titre du TCSPS plus élevée que la moyenne provinciale générale. En effet, ces provinces ont besoin d'une majoration des transferts monétaires fédéraux par habitant pour que leurs droits atteignent la moyenne nationale [17]. De leur côté, les provinces plus riches recevront une plus grande part de leur soutien fédéral sous forme de points d'impôt et une part moindre découlant des transferts monétaires.

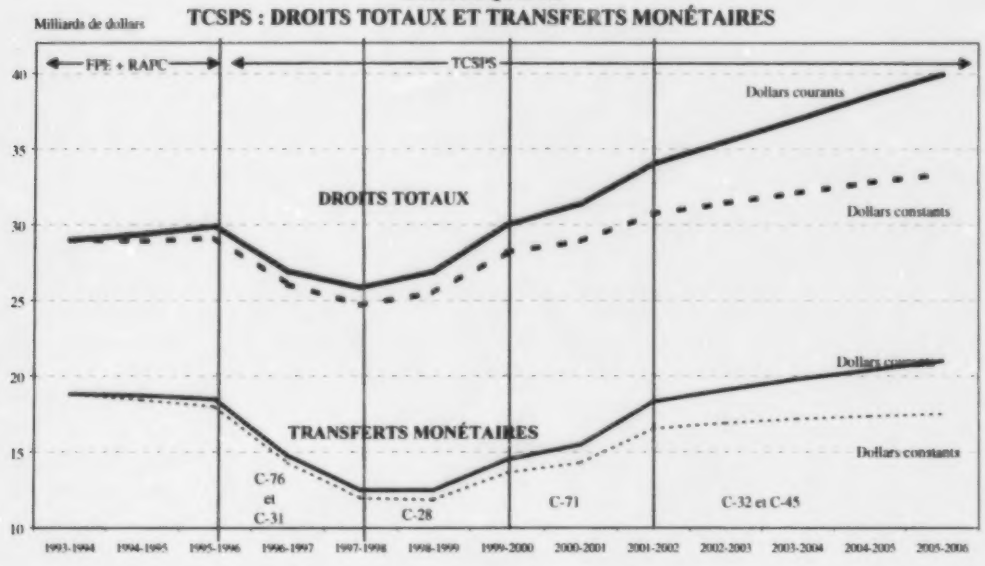
Par conséquent, si le volet monétaire du TCSPS était attribué sur la base d'un montant identique par habitant, les droits totaux par habitant seraient plus élevés pour les provinces où les revenus sont plus élevés, car leurs points d'impôt produisent des recettes plus importantes. Aux yeux du gouvernement fédéral, des droits totaux par habitant égaux assure un soutien fédéral équitable à toutes les provinces, sans égard aux différences quant aux recettes et aux taux de croissance économique des gouvernements provinciaux[18].

> *Comme chacun sait, le TCSPS représentait une réduction des paiements en espèces au moment où le gouvernement fédéral réduisait ses dépenses pour résorber le déficit. Toutefois, la valeur des points fiscaux a continué de croître au fur et à mesure que l'économie a progressé.*
>
> *Abby Hoffman,*
> *conseillère principale en matière de politiques,*
> *Santé Canada (13:9).*

[17] Ministère des Finances, *Historique du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux*, mémoire présenté au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, le 7 juin 2000, p. 3.
[18] *Ibid.*, p. 6.

Comme l'indique le graphique 1.3, l'adoption du projet de loi C-76 (1995) et la mise en œuvre du TCSPS ont entraîné d'importantes réductions des transferts fédéraux aux provinces. De 1995-1996 à 1996-1997, les droits totaux au titre du TCSPS (exprimés en dollars courants) ont diminué de 3,0 milliards de dollars, soit de 10 %. Au cours de la même période, les transferts monétaires ont chuté de manière encore plus marquée, de quelque 3,7 milliards de dollars, soit de 20 %. L'année suivante, l'ensemble des droits au titre du TCSPS a encore reculé de 1,1 milliard de dollars (soit de 5 %), tandis que les transferts monétaires étaient réduits de 2,2 milliards de dollars (soit de 15 %). Les modifications découlant des projets de loi C-28 (1998) et C-71 (1999) ont renversé ces tendances à la baisse pour ce qui est de l'ensemble des droits au titre du TCSPS et du volet des transferts monétaires.

GRAPHIQUE 1.3
TCSPS : DROITS TOTAUX ET TRANSFERTS MONÉTAIRES



Source: Ministère des Finances et Bibliothèque du Parlement.
Nota: La conversion en dollars constants (1993-94) a été faite en utilisant l'indice implicite des dépenses gouvernementales; on a supposé une croissance annuelle de 2% de 2000-01 à 2005-06.

Combinés, les projets de loi C-32 (2000) et C-45 (2000) ont donné lieu, quant à eux, à une progression notable de l'ensemble des droits au titre du TCSPS ainsi que des transferts en espèces. Le premier prévoyait l'injection d'un montant supplémentaire s'élevant à 2,5 milliards de dollars, devant être octroyé aux provinces sur la base d'une répartition égale par habitant. Le second a été adopté pour donner suite à une entente fédérale-provinciale en

matière de santé conclue le 11 septembre 2000 à l'issue d'une réunion des premiers ministres; cette entente prévoyait un investissement supplémentaire du fédéral totalisant 21,1 milliards de dollars au titre des transferts monétaires. Elle s'est également traduite par l'octroi de 2,3 milliards de dollars supplémentaires en fonds ciblés pour aider les provinces à acheter du matériel médical (1 milliard de dollars), à améliorer les systèmes d'information à l'appui des services de santé (0,5 milliard de dollars) et à réformer la prestation de soins de première ligne (0,8 milliards de dollars).

On s'attend à ce qu'en dollars courants les droits totaux au chapitre du TCSPS atteignent un nouveau sommet d'environ 31 milliards de dollars en 2000-2001, soit légèrement plus qu'avant les compressions de 1996-1997, et que les transferts monétaires égalent leur record en 2002-2003. Toutefois, en dollars constants (de 1993-1994), l'ensemble des droits ne dépassera son niveau de 1995-1996 qu'en 2002-2003, et les transferts monétaires ne connaîtront jamais plus leur sommet de 1993-1994. Dans le même temps, la valeur des transferts fiscaux au titre du TCSPS continue de croître; de 1997-1998 à 2000-2001, une proportion plus élevée du TCSPS a été assurée sous la forme de transferts fiscaux.

Bien que le gouvernement fédéral ait adopté des mesures en vue de mettre fin aux réductions des paiements de transfert au titre du TCSPS et d'assurer la croissance des transferts (notamment au moyen des projets de loi C-28, C-71, C-32 et C-45), il n'a pas réussi, selon les provinces, à rétablir le volet monétaire aux niveaux antérieurs. À plusieurs reprises, les gouvernements provinciaux ont pressé le fédéral de faire en sorte que les transferts monétaires remontent à leurs niveaux de 1994-1995 et d'inclure un facteur de progression propre à assurer une croissance appropriée du TCSPS. À leurs yeux, il s'agirait d'une grande amélioration en vue de stabiliser et de soutenir le système canadien de soins de santé[19].

[19] Premiers ministres provinciaux et leaders territoriaux, *Lettre au Premier ministre du Canada*, 3 février 2000. On peut consulter la lettre sur le site Internet du Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes (SCIC) à http://www.scics.gc.ca/cinfo00/85007604_f.html. Voir également la déclaration "Les engagements des premiers ministres envers leurs citoyens en matière de santé", 4e Conférence annuelle des Premiers ministres provinciaux, communiqué de presse du 11 août 2000 (disponible à l'adresse Internet suivante : http://www.scics.gc.ca/cinfo00/850080017_f.html)

1.5 Transferts de points d'impôt et transferts monétaires

Le gouvernement fédéral et les provinces ne sont pas d'accord sur ce qui constitue la contribution fédérale aux soins de santé, parce qu'ils n'ont pas la même perception des transferts fiscaux. Le gouvernement fédéral estime que les transferts monétaires et fiscaux devraient être considérés comme une seule et même chose puisqu'ils représentent un coût pour le Trésor fédéral et que les deux contribuent aux recettes provinciales. Par conséquent, il inclut le volet fiscal dans son calcul de l'ensemble des droits au chapitre du TCSPS.

Cependant, les provinces ne croient pas qu'il soit légitime de compter la valeur des points d'impôt comme faisant partie du transfert au titre du TCSPS. Elles avancent que les points d'impôt constituent un transfert ponctuel et permanent survenu il y a 23 ans; ces points d'impôt font maintenant partie intégrante de l'espace fiscal des provinces. De plus, elles affirment que durant les deux dernières décennies le gouvernement fédéral a plus que récupéré la marge fiscale qu'il avait cédée en 1977. Aux yeux des provinces :

> [...] la méthode fédérale consistant à inclure les points d'impôt a eu pour effet, en particulier au cours des dernières années, de donner l'impression que le transfert au titre du TCSPS est plus important qu'il n'est vraiment et les coupures relatives au TCSPS plus modestes qu'elles ne le sont réellement[20].

Durant nos audiences, les témoins ont fait valoir des opinions divergentes sur les transferts fiscaux. Dans son exposé au Comité, l'hon. Monique Bégin a laissé entendre que les points d'impôt devraient être retirés entièrement du calcul du TCSPS et que seul l'argent devrait être transféré aux provinces. À son avis, cette approche aurait pour effet à la fois de préserver le rôle du gouvernement fédéral à l'égard de l'établissement et du maintien des principes nationaux et de permettre aux gouvernements provinciaux de compter sur une contribution stable. Cette suggestion ne

> *J'écarterais tout simplement les points d'impôt du chemin. Je pense qu'ils empoisonnent tout le système et n'aident à rien. S'il faut dire que c'était une mauvaise mesure politique, soit. C'était une mauvaise mesure politique, mais je continue de croire fermement que c'était la seule solution possible à l'époque. Peut-être auraient-ils dû donner moins de points d'impôt et plus d'espèces.*
>
> *L'hon. Monique Bégin (16:8)*

[20] Ministres de la Santé provinciaux et territoriaux, *Comprendre les coûts du système de soins de santé au Canada*, juin 2000, p. 10.

pourrait être mise en œuvre que si le gouvernement fédéral acceptait de renoncer à recouvrer le coût engagé au moment où il a transféré les points d'impôt aux provinces.

De son côté, l'hon. Marc Lalonde a affirmé que les transferts fiscaux étaient encore une contribution fédérale valide :

> Je pense également que la contribution sous forme de points fiscaux ne devrait pas simplement être passée par pertes et profits. Le gouvernement fédéral, à un moment donné, a cédé une part de son assiette fiscale. Cette contribution, à mon avis, existe toujours. Il y a moyen de l'évaluer, d'évaluer la contribution du Parlement fédéral aux programmes provinciaux dans les domaines de la santé et des autres services couverts par le nouveau système, c'est-à-dire l'éducation postsecondaire, la santé et l'assistance sociale[21].

M. Lalonde a également fait valoir au Comité que les transferts fiscaux étaient, et demeuraient, un compromis raisonnable pour ce qui est de l'intervention fédérale dans un domaine de compétence principalement provincial. En outre, en 1977, ils semblaient le seul moyen de conclure un accord avec toutes les provinces :

> En substance, c'était un arrangement politique avec les provinces. Nous avons acheté la paix à un certain prix, cela ne fait pas de doute. [...] L'enjeu était politiquement très important au Québec en particulier, mais les provinces en général se plaignaient de ce que le gouvernement fédéral dépense dans un domaine de compétence provinciale. Nous répliquions que nous nous servions simplement de notre pouvoir de dépense constitutionnel. Il était évident que ces programmes resteraient en place pendant longtemps. Certaines provinces avaient des points fiscaux qui leur rapportaient davantage qu'à d'autres, et les provinces disaient avec insistance qu'elles seraient beaucoup plus rassurées, moins à la merci du gouvernement fédéral, si au moins une partie du transfert prenait la forme de points fiscaux[22].

En somme, il n'y a pas de réponse unique à la question de savoir comment comptabiliser les points d'impôt. Keith Banting a fait valoir que les deux points de vue – celui du gouvernement fédéral et celui des provinces – sont valables :

---

[21] L'hon. Marc Lalonde (15:13).
[22] L'hon. Marc Lalonde (15:10-11).

> Il n'existe pas de réponse monolithique à la question de savoir ce qu'est la contribution fédérale au système de soins de santé. Les provinces sont parties du principe que les points d'impôt qui leur sont transférés font simplement partie de leur assiette fiscale et que la contribution fédérale revient simplement à un transfert pécuniaire. Le gouvernement fédéral pour sa part dit pas du tout, cette contribution est composée à la fois du transfert pécuniaire et de la valeur des points d'impôt qui ont été transférés en 1977, majorés selon la croissance de l'économie. Par conséquent, il y a deux réponses à cette question. Les provinces et le gouvernement fédéral ont tous deux raison. Tous deux définissent le système d'une façon différente et, chacun de leur point de vue, ils ont raison[23].

1.6 La contribution fédérale aux soins de santé

Alors, quelle est la contribution fédérale aux soins de santé? Dans le cadre des ententes de partage des coûts de 1957 et de 1966, la part fédérale était d'environ 50 % des services hospitaliers et médicaux admissibles couverts par les régimes provinciaux d'assurance-santé. Cela ne correspondait pas à 50 % de tous les coûts des soins de santé publics encourus par les provinces.

Avec la mise en œuvre du FPE, une portion théorique des paiements de transfert était attribuée aux soins de santé. Toutefois, dans le cadre du TCSPS, il n'y a pas d'affectation spécifique aux soins de santé, même pas une affectation théorique. Par conséquent, il est impossible de déterminer exactement combien le gouvernement fédéral consacre aux soins de santé.

> *Je tiens à dire qu'il est difficile [...] d'établir exactement combien le gouvernement fédéral consacre à la santé, étant donné que le TCSPS laisse une grande marge de manoeuvre. Lorsqu'on calcule la contribution fédérale à la santé en faisant la même répartition entre la santé, l'enseignement postsecondaire et la sécurité sociale que pour le FPE et le Régime d'assistance publique, avant l'entrée en vigueur du TCSPS, chaque fois que les gouvernements [des provinces] consacrent 3 $ à la santé, le gouvernement fédéral donne 1 $. C'est actuellement un sujet de discussion, mais il est indéniable que sa part correspond au tiers des dépenses publiques.*
>
> *Abby Hoffman, conseillère principale en matière de politiques, Santé Canada (13:10).*

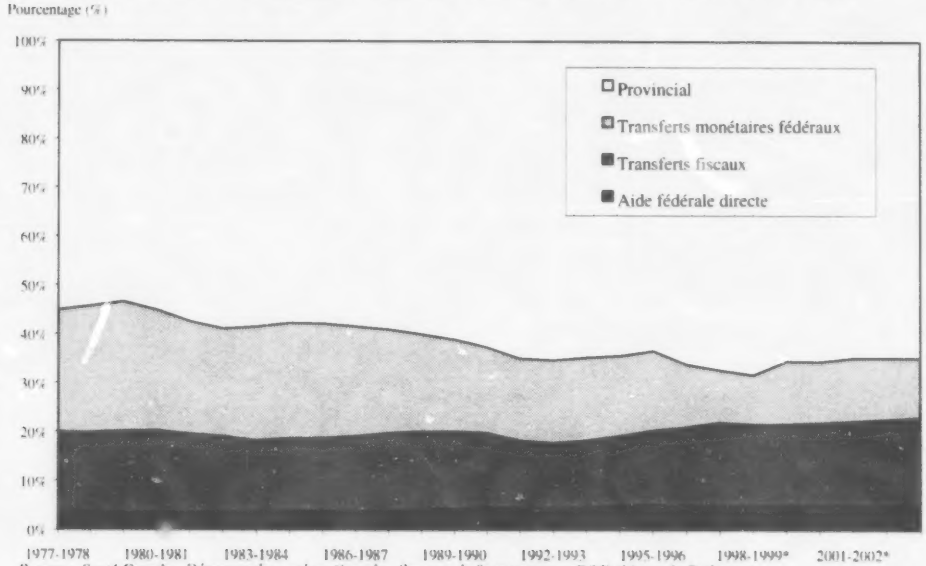
Santé Canada a fourni une évaluation de la contribution fédérale aux soins de santé, calculée en supposant la même répartition

[23] Keith Banting (9:65).

théorique entre soins de santé, éducation postsecondaire et aide sociale qu'à la période précédant le TCSPS, c'est-à-dire au temps du FPE et du RAPC. Cette évaluation a servi à calculer la part fédérale des dépenses des gouvernements provinciaux dans le domaine des soins de santé.

À l'aide de cette information, on a élaboré le graphique 1.4, qui illustre l'évolution des dépenses en soins de santé en fonction de la source de financement, de 1977-1978 à 2003-2004. Les données, fournies par Santé Canada, indiquent que les dépenses en soins de santé provenant des fonds provinciaux en 1999-2000 devraient correspondre à 65 % des dépenses totales en soins de santé faites par le secteur public. Ainsi, la part fédérale pour cette année-là est d'environ 35 %. Si on n'inclut pas les points d'impôt dans la contribution fédérale, alors la proportion des dépenses en soins de santé par les gouvernements provinciaux s'élève à environ 82 %, tandis que l'apport fédéral est de 18 %.

GRAPHIQUE 1.4
SOURCES DE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ PAR LE SECTEUR PUBLIC



Source : Santé Canada. *Dépenses de santé au Canada - Sources de financement*, et Bibliothèque du Parlement.

Les données de Santé Canada indiquent aussi que la part provinciale des dépenses publiques en soins de santé augmente régulièrement depuis la fin des années 70, quelle que soit la

méthode de calcul utilisée. Pendant ce temps, la part fédérale estimative a diminué. La valeur des transferts fiscaux et le financement fédéral direct[24] augmentent légèrement, mais la part des transferts monétaires diminue beaucoup. L'investissement fédéral supplémentaire dans les soins de santé découlant du projet de loi C-45 (2000) pourrait toutefois renverser cette tendance à la baisse.

1.7 L'importance de la stabilité du financement fédéral

Selon Tom Kent, les gouvernements fédéraux qui se sont succédés ont, au fil des ans, joué un rôle majeur dans la réduction de l'engagement fédéral à l'égard des soins de santé, en limitant la croissance des paiements de transfert aux provinces ou en les réduisant. Il a déclaré que l'affectation des fonds fédéraux aux soins de santé devrait se faire en rapport avec les coûts provinciaux et qu'un financement fédéral stable assurerait l'uniformité et la cohérence des régimes provinciaux d'assurance-santé :

> *J'ai vu dans ma province des coupures radicales et arbitraires et des décisions qui ne tenaient compte que du court terme. Le ministre des Finances voulait avoir un déficit réduit l'année suivante, et on coupait. On a mis les infirmières au Québec à la retraite anticipée. Nous leur avons fait une offre qu'elles ne pouvaient refuser. Maintenant, nous sommes à court d'infirmières. Nous réembauchons celles qui veulent revenir et leur payons des primes conséquentes pour cela. Nous sommes même obligés d'envoyer des gens se faire soigner aux États-Unis, aux frais de l'État. Tout cela était prévisible. Nous savons aujourd'hui quels seront les besoins de la population au cours des prochaines années. Il est incroyable de voir des situations comme celle-ci, et c'est totalement inacceptable. Je comprends pourquoi les Canadiens sont autant indignés et portés à dire : « Que le diable emporte vos deux gouvernements, c'est votre travail de réparer les dégâts, faites-le ».*
>
> *J'espère que vous recommanderez au gouvernement fédéral, à l'issue de vos délibérations, d'assurer au moins un financement de base stable pour les dix prochaines années.*
>
> *L'hon. Marc Lalonde (15 :23-24).*

> Pourtant, jusqu'à présent, la principale attaque qu'a dû essuyer l'assurance-santé n'est pas le risque que soit créé un système de soins de santé à deux niveaux, ni M. Klein ni qui que ce soit d'autre. Ce sont les gouvernements fédéraux des dernières années. L'assurance-santé ne se fonde pas que sur des principes visant uniquement les provinces. Elle se fonde sur des principes qui visent aussi le gouvernement fédéral, dont le plus crucial et celui qui veut que le gouvernement fédéral s'engage à partager les coûts des provinces. Depuis 1977, on respecte de moins en moins cet engagement et, en 1995, on en a complètement fait fi. En

[24] Le financement fédéral direct désigne les dépenses fédérales directes au titre des soins de santé, soit pour les services de santé dispensés à des groupes particuliers (Autochtones, Forces armées, anciens combattants) et pour la recherche en santé, la promotion de la santé et la protection de la santé.

> 1997, comme vous le savez, on a modifié la forme de financement qui se fait par le biais d'un transfert fiscal plutôt que par un transfert pécuniaire. Cette formule a ses mérites, mais on a aussi saisi l'occasion pour se fonder non plus sur le coût total des soins de santé de la province, mais plutôt sur le produit intérieur brut. Par la suite, le gouvernement fédéral a décidé unilatéralement d'en tenir de moins en moins compte et, avec le TCSPS, le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, les derniers vestiges de cette formule ont disparu. Le transfert est devenu une somme arbitraire déterminée uniquement en fonction des positions politiques et financières du gouvernement fédéral. La pression politique qui s'est exercée depuis a permis le rétablissement d'une part des sommes qui avait été supprimées, mais le principe de l'engagement du fédéral à partager les coûts n'a pas été rétabli, lui. [...]
>
> Pour le meilleur et pour le pire, la prestation des soins de santé relève des provinces. Il y aura collaboration et il pourrait y avoir uniformité à l'échelle du pays avec l'aide du palier fédéral. Toutefois, ce qui importe, ce n'est pas tant par quelle somme d'argent cette aide se traduira, mais plutôt, si on veut planifier la prestation de soins de santé complets et efficaces, la garantie qu'ils seront financés. Le gouvernement doit assurer sa part du financement s'il tient à ce qu'il y ait des programmes nationaux uniformes, et il importe que la part du fédéral soit calculée en fonction des coûts qu'assument les provinces[25].

La plupart des témoins ont convenu de l'importance de transferts fédéraux stables et prévisibles. Toutefois, Guillaume Bissonnette, directeur général de la Direction des relations fédérales-provinciales et de la politique sociale, à Finances Canada, a signalé au Comité qu'il fallait trouver un équilibre judicieux entre le concept de la stabilité du financement et les notions d'adéquation, d'abordabilité et de durabilité :

> [...] Je dirais que nous essayons de concilier plusieurs notions contradictoires. Nous devons bien entendu, tenir compte de l'importante notion d'abordabilité. Nous devons également tenir compte de la notion qui en est en quelque sorte le corollaire. Combien est suffisant? Nous devons également tenir compte d'une notion dont on parle souvent dans le contexte de l'environnement et qui est également valable dans ce contexte; il s'agit du concept de durabilité dans le temps ou de stabilité.
>
> Ces deux types de concepts sont, bien entendu, contradictoires. On ne peut pas prendre d'engagements en matière de stabilité. Un engagement est très

[25] Tom Kent (13:34-35).

> sérieux et, lorsque la situation évolue dans le monde — et personne ne peut contrôler ce qui se passe dans le monde —, on constate qu'il n'est plus possible de le tenir. On ne veut pas prendre d'engagements en ce qui concerne la « suffisance », par exemple, pour constater ensuite qu'on n'a pas les moyens de les respecter; cela est valable pour les deux paliers de gouvernement.
>
> Par conséquent, on essaie en quelque sorte de faire un compromis entre toutes ces notions. Nous essayons également, je présume, de tenir compte du fait que d'autres priorités en matière de dépenses ont tout autant d'importance. La santé est importante pour l'avenir du pays mais l'enseignement postsecondaire, la recherche et l'innovation aussi. Ils sont essentiels au développement de notre pays[26].

Durant les audiences du Comité, les témoins ont présenté des points de vue divergents sur le mécanisme qui servirait à offrir davantage de transferts fédéraux pour les soins de santé et les programmes sociaux. Mme Bégin, par exemple, a suggéré qu'il y ait un programme spécifique pour les soins à domicile et les soins primaires. À son avis, cela devrait être mis en œuvre au moyen d'une nouvelle loi parallèle à la *Loi canadienne sur la santé*[27].

De son côté, Tom Kent a fait valoir qu'un appui financier distinct ne servirait pas la mise en place d'un système intégré, efficace et coordonné de prestation de soins de santé :

> Honnêtement, cela me fait grogner que d'entendre, surtout dans les cercles fédéraux, parler de soutien financier distinct pour les soins à domicile, l'assurance-médicaments ou tout autre sujet qui est le sujet de l'heure. Cela ferait du bruit politiquement, mais cette compartimentalisation des services de soins de santé serait désastreuse. On peut dispenser efficacement des soins de santé de grande qualité en fonction des besoins, mais seulement si, au sein de la collectivité, on sait gérer de façon coordonnée tous les éléments du système de soins de santé. Ce n'est pas en prévoyant des budgets distincts pour chacun de ces éléments qu'on réformera les soins de santé[28].

L'hon. Claude Castonguay, ministre de la Santé du Québec dans les années 60, reconnu comme le fondateur de l'assurance-santé dans cette province, croit que le gouvernement fédéral ne devrait pas destiner des fonds à des programmes spécifiques de soins primaires et

---

[26] Guillaume Bissonnette (17:12).
[27] L'hon. Monique Bégin (16:5).

de soins à domicile, mais plutôt offrir un financement souple qui permettrait aux provinces d'affecter les sommes selon leurs propres besoins et priorités :

> Le gouvernement fédéral [...] a proposé de hausser sa participation financière par le truchement d'un nouveau régime national de soins primaires et de soins à domicile. Les provinces trouvent ce projet à tout le moins inapproprié alors qu'elles sont aux prises avec les multiples problèmes des régimes déjà en place. Elles invoquent avec raison le fait qu'elles connaissent ce qui doit être fait et que ce sont des fonds additionnels dont elles ont le plus besoin. Au lieu du programme qu'il propose, le gouvernement fédéral pourrait jouer un rôle tellement plus utile en apportant aux provinces une aide financière de transition. Cette aide aurait pour but de donner aux gouvernements des provinces une marge de manœuvre qui leur permettrait de développer de nouvelles approches et d'apporter à leurs régimes des changements capables de résorber de façon durable la crise actuelle. Au milieu des années 60, le gouvernement fédéral a créé une caisse d'aide à la santé pour permettre à l'ensemble des provinces de mettre en place les ressources et les équipements nécessaires à l'établissement de l'assurance-santé. En s'inspirant de cette initiative fort utile, le gouvernement fédéral pourrait créer une caisse d'aide à la transition pour aider les provinces à apporter les changements nécessaires à leurs régimes respectifs. La création d'une telle caisse, dans laquelle il pourrait verser à tout le moins les sommes qu'il aurait allouées au programme de soins primaires et à domicile, donnerait au gouvernement fédéral un rôle essentiel tout à fait compatible avec sa responsabilité en matière de santé de même que la visibilité qu'il recherche dans ce domaine. Contrairement au programme de soins primaires et de soins à domicile, cette approche comporte l'avantage de ne pas inciter les provinces à hausser de façon permanente le niveau de leurs dépenses en santé alors qu'elles ne sont même pas en mesure de financer adéquatement les régimes en place[29].

1.8 La responsabilité à l'égard des fonds fédéraux liés à la santé

La question de la responsabilité financière a été évoquée à de nombreuses reprises au cours de nos audiences. On a fait valoir au Comité que la notion de responsabilité financière a considérablement évolué au fil des ans :

---

[28] Tom Kent (13:32).

[29] L'hon. Claude Castonguay, *Notre système de soins de santé – des changements s'imposent*, mémoire présenté au Comité, p. 3-4.

> [...] Je pense que la notion de responsabilité financière a évolué. Alors qu'autrefois on essayait de retrouver la trace de la moindre dépense, on a progressivement opté pour une conception plus moderne de la responsabilité financière fondée sur l'évaluation des résultats.
>
> On pourrait retracer l'histoire de ces transferts depuis la Seconde Guerre mondiale. En fait, on n'a jamais cessé d'essayer d'exiger des preuves de dépenses. Quand on suit l'évolution de la notion de responsabilité financière, on constate que, dans les années 40, le gouvernement fédéral faisait littéralement des inspections dans les hôpitaux provinciaux pour vérifier s'ils étaient conformes à des normes précises.
>
> Dans les années 50, on a adopté une formule un peu plus souple, celle du partage des coûts, en vertu de laquelle nous avons convenu de partager les coûts en ce qui concerne un panier bien précis de services médicaux et hospitaliers.
>
> Avec la création du FPE, nous avons modifié, une fois de plus, la notion de responsabilité financière qui cessait dès lors d'être fondée rigoureusement sur l'utilisation des intrants et leur comparaison. Cette nouvelle forme de responsabilité financière, fondée essentiellement sur un transfert global, s'appuyait sur quelques principes généraux; pour le reste, on comptait sur les provinces.
>
> Depuis l'adoption du contrat social cadre, notre conception de la responsabilité financière est nettement plus axée sur les résultats que sur une justification rigoureuse des dépenses.
>
> D'une certaine façon, on s'intéresse davantage aux extrants qu'aux intrants et notre conception de la responsabilité financière a complètement changé[30].

Il est clair que la notion de responsabilité financière a changé de manière radicale au cours des quarante dernières années. Le virage récent de l'évaluation des intrants à l'évaluation des résultats est particulièrement important. Durant la majeure partie du dernier siècle, l'évaluation de l'assurance-santé était basée sur les intrants. Bien que nous sachions comment les fonds destinés aux soins de santé ont été répartis entre les médecins, les établissements, les lits d'hôpitaux, etc., il est étonnant de constater notre ignorance quant au rendement de

[30] Guillaume Bissonnette (17: 11).

ces investissements. Nous devons entreprendre de mesurer la qualité du système de soins de santé par ses résultats et non ses intrants. C'est essentiel pour apprendre à dépenser les fonds gouvernementaux plus judicieusement.

Pour ce faire, nous avons besoin de meilleurs renseignements. Les gouvernements seront alors en mesure de prendre des décisions plus éclairées au sujet de la gestion, de la prestation et du financement des soins de santé.

La communication de meilleurs renseignements permettra aussi de s'assurer que les gouvernements rendent compte aux Canadiens de leur utilisation des fonds destinés aux soins de santé. À la phase deux de la présente étude, le Comité se penchera sur les questions ayant trait à l'information en matière de santé, notamment la prise de décisions fondées sur des données probantes et axées sur les résultats, ainsi que le rôle possible du gouvernement fédéral dans ce domaine.

CHAPITRE DEUX

PRINCIPES NATIONAUX CONCERNANT LES SOINS DE SANTÉ ET LA CRÉATION DE LA *LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ*

Le fait que la prestation des soins de santé relève principalement des provinces ne signifie pas l'absence de principes nationaux. Le gouvernement fédéral a toujours associé une série de conditions ou de principes nationaux à sa contribution aux soins de santé, qu'elle soit partagée ou globale.

2.1 Origines de la *Loi canadienne sur la santé*

La *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* de 1957 et la *Loi sur les soins médicaux* de 1966 incluaient expressément quatre conditions explicites visant les régimes provinciaux d'assurance-santé, soit l'universalité, l'administration publique, l'intégralité et la transférabilité. Toutefois, elles ne comportaient aucune disposition précise interdisant aux provinces de demander une contribution financière aux patients. De plus, étant donné que les contributions fédérales, conformément aux accords de partage des coûts, étaient proportionnelles aux dépenses des gouvernements provinciaux, ces derniers n'avaient rien à gagner de la facturation directe des patients; les recettes provenant de ces frais auraient, en fait, entraîné une réduction de la contribution fédérale. Le mécanisme de réduction implicite a par conséquent dissuadé les provinces d'adopter une forme de frais directs aux patients, comme la surfacturation ou les frais modérateurs.

En 1977-1978, lorsque le FPE a remplacé la formule des coûts partagés, les conditions incluses dans deux lois fédérales concernant les services hospitaliers et les soins médicaux ont été conservées. Toutefois, le mécanisme implicite de réduction des contributions fédérales a été éliminé étant donné que le financement fédéral n'était plus lié aux dépenses des gouvernements provinciaux. Michael Bliss, professeur d'histoire à la l'Université de Toronto, a fait remarquer au Comité que la fin des années 70 et le début des années 80 ont été marqués par une tentative de contrôle des coûts des soins de santé par la limitation des

honoraires des médecins et des budgets des hôpitaux. Globalement, ces mesures ont entraîné la prolifération des frais directs au patient :

> Le problème du paiement de cette assurance-santé est rapidement devenu le plus grave problème que rencontraient les ministères de la Santé, au niveau provincial et au niveau fédéral. On s'est tout de suite demandé comment contenir ces frais et tout un éventail d'experts et d'économistes en matière de santé ont tout d'un coup essayé de conseiller les assureurs publics quant à la façon de mettre fin à cette escalade des coûts. Nous nous souvenons de l'époque de stagflation des années 70 lorsque les coûts globaux des programmes sociaux canadiens ont commencé à représenter un fardeau terrible pour les gouvernements. [...] ils ont commencé à limiter les ressources des fournisseurs de soins, des hôpitaux et des médecins afin d'essayer de juguler cette escalade des coûts.
>
> Les fournisseurs ont réagi comme on peut s'y attendre dans ces circonstances : ils ont commencé à rechercher des solutions de rechange. Le régime d'assurance-santé de 1968 était un régime pluraliste qui leur donnait la possibilité d'exercer en dehors du système. Ils pouvaient choisir de ne pas y participer; et ils pouvaient demander des honoraires supplémentaires. Il n'est ainsi pas surprenant que dans les années 70, lorsque les gouvernements provinciaux ont commencé à réduire des tarifs d'honoraires médicaux, de plus en plus de médecins aient décidé de sortir du système. À la fin des années 70 et au début des années 80, on a connu un genre de reprivatisation du système de soins de santé. Beaucoup estimaient que le système public était chiche et voulaient travailler dans le secteur privé où ils avaient plus de liberté, une meilleure protection des revenus et plus de possibilités d'innovation.
>
> Au début des années 80, nous constations partout au pays de gros problèmes en ce qui concerne l'assurance-santé. Tellement de spécialistes avaient décidé de ne plus y participer, dans de grandes régions du pays, qu'il était impossible d'avoir accès à certains spécialistes tout en étant couvert par l'assurance-santé. C'était particulièrement vrai en obstétrique et gynécologie. La question d'accessibilité est devenue très importante[31].

En particulier, les honoraires supplémentaires demandés par les médecins étaient autorisés au Nouveau-Brunswick, en Ontario, au Manitoba, en Saskatchewan et en Alberta. En outre, des frais modérateurs ont été imputés dans des hôpitaux du Nouveau-Brunswick, du Québec, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique.

---

[31] Michael Bliss (13:37-38).

En 1980, dans le cadre d'examen des services de santé, le juge Hall indiquait que les soins de santé au Canada se classaient parmi les meilleurs du monde, mais soulignait toutefois que les frais directs aux patients constituaient une menace au principe d'accès gratuit et universel aux soins de santé partout au pays. En réponse à ces préoccupations, le Parlement a adopté à l'unanimité la *Loi canadienne sur la santé* en 1984. Abby Hoffman a mentionné au Comité que la nouvelle loi combinait et actualisait les conditions énoncées dans les deux lois fédérales de 1957 et 1966 et qu'elle ajoutait l'accessibilité comme cinquième critère. En outre, des restrictions précises ont été ajoutées pour dissuader toute forme de frais directs aux patients et pour donner aux résidents de toutes les provinces l'accès aux soins de santé, peu importe leur capacité de payer :

> ***Le gouvernement a fini par déposer et adopter à l'unanimité*** la Loi canadienne sur la santé, ***pour régler un problème qui découle, à mon avis, du FPE..***
>
> ***L'hon. Monique Bégin (16:3).***

> Plusieurs dispositions importantes de la *Loi canadienne sur la santé* méritent d'être soulignées, notamment le principe de l'universalité pour les services hospitaliers et médicaux ainsi que le renforcement des principes de transférabilité, d'intégralité et de administration publique. Un cinquième critère, l'accessibilité, a été ajouté. Autrement dit, il faut permettre un accès raisonnable aux services assurés et médicaments nécessaires, à des conditions uniformes. De plus, et c'est peut-être le plus important, on a cherché à dissuader le ticket modérateur et la surfacturation. La *Loi canadienne sur la santé* prévoyait que toute province qui autorisait l'imposition d'un ticket modérateur ou une surfacturation pour les services assurés se verrait déduire un montant équivalent de ses paiements de transfert[32].

Selon Marc Lalonde, la *Loi canadienne sur la santé* a été adoptée en réponse à l'érosion du régime public d'assurance-santé. Elle ne visait pas à accroître la visibilité perdue par le fédéral dans ce secteur en raison de l'arrivée du financement global du FPE :

> Pour ce qui est de la loi de 1984, je ne pense pas qu'il se soit agi en rien de récupérer notre visibilité. Elle procédait de la crainte sincère d'une érosion des éléments fondamentaux de l'assurance-santé, par des moyens détournés. Un peu partout nous voyions apparaître la surfacturation et des redevances supplémentaires pour les soins hospitaliers, et il était impératif que le gouvernement fédéral réaffirme les principes fondamentaux inscrits dans la première loi et mette en place des régimes obligeant les provinces à mieux

[32] Abby Hoffman (13:11).

> rendre compte, au public en général et au gouvernement fédéral, de l'usage qu'elle [faisait] des fonds fédéraux.
>
> Si vous cherchez l'explication de la loi de 1984, elle ne réside pas dans une volonté du gouvernement fédéral de récupérer un peu de la visibilité qu'il a perdue. Il fallait impérativement une loi fédérale pour réaffirmer les principes fondamentaux auxquels le Parlement fédéral était unanimement attaché. Il commençait à y avoir une érosion de ces principes qui, si on ne l'enrayait pas, aurait pu entraîner le démantèlement de tout le système national tel que nous le connaissions[33].

Essentiellement, M. Lalonde a réitéré que le principal objectif de l'assurance-santé consistait, comme l'a mentionné Tom Kent, à éliminer les barrières financières limitant l'accès aux soins de santé :

> La politique de l'assurance-santé visait tout simplement à [...] faire en sorte que les gens puissent obtenir des soins médicaux lorsqu'ils en avaient besoin, sans égard à quelque autre considération que ce soit[34].

2.2 Définition/interprétation des principes nationaux et de leur application

La *Loi canadienne sur la santé* établit cinq critères principaux ou « principes nationaux » : universalité, accessibilité, intégralité, transférabilité et administration publique. Le tableau 2.1 détaille chacun de ces critères.

Dans son témoignage, Abby Hoffman a donné une description des services de santé visés ou non visés par *Loi canadienne sur la santé*. Elle fait une distinction entre les cinq catégories de services :

- les services assurés;
- les services complémentaires de santé;
- les services additionnels;

[33] L'hon. Marc Lalonde (15:11).
[34] Tom Kent (13:30).

- les services non assurés;
- les services désassurés.

TABLEAU 2.1
LES CINQ CRITÈRES DE LA *LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ*

Administration publique : Le régime public d'assurance santé doit être géré sans but lucratif par une autorité publique qui relève du gouvernement provincial.

Intégralité : Le régime provincial d'assurance santé doit couvrir tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux et les médecins.

Universalité : Tous les résidents assurés d'une province ont droit aux services de santé assurés dispensés dans le cadre du régime.

Accessibilité : Prévoir un accès satisfaisant des résidents, sans obstacles financiers ou autres, aux services des hôpitaux et des médecins; prévoir une rémunération raisonnable des médecins et le versement de montants raisonnables aux hôpitaux.

Transférabilité : La couverture du régime public d'assurance-santé demeure inchangée lorsqu'un résident déménage ou voyage au Canada ou voyage à l'extérieur du pays (la couverture à l'étranger se limite à celle de la province où réside l'individu).

Source : Santé Canada, Rapport annuel sur la Loi canadienne sur la santé *– 1998-1999, Ottawa, 1999, p. 2-3. Ce document est accessible sur le site Internet de Santé Canada, à http://www.hc-sc.gc.ca/medicare/dwnloade.htm.*

Le tableau 2.2 présente des exemples pour chaque catégorie de services de santé et indique s'ils sont régis ou non par les cinq conditions de la *Loi canadienne sur la santé*. De toute évidence, la loi fédérale est très limitée. Elle est centrée sur les services médicalement nécessaires dispensés par les hôpitaux et les médecins.

L'application de la *Loi* est limitée au point que les provinces ne sont pas tenues d'assurer des services de promotion/prévention en santé ou des services non hospitaliers de base faisant appel à des professionnels de la santé comme les chiropraticiens, les physiothérapeutes ou les psychologues. Les principes nationaux ne s'appliquent pas aux services complémentaires de santé (foyers de soins infirmiers, soins aux adultes en établissement, soins à domicile et soins

ambulatoires). Bien que certaines provinces dispensent certains de ces services additionnels, les Canadiens n'y ont pas un accès universel et égal.

TABLEAU 2.2
CATÉGORIES DE SERVICES DE SANTÉ

Type de services	Exemples de services	Cinq critères de la *Loi canadienne sur la santé*	Dispositions visant les frais modérateurs et la surfacturation
Services assurés	Tous les services de santé fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes, qui sont médicalement nécessaires.	S'appliquent	S'appliquent
Services complémentaires de santé	Soins de longue durée et certains aspects des Soins en résidence pour adultes et des soins ambulatoires	Ne s'appliquent pas	Ne s'appliquent pas
Services additionnels	Programmes de médicaments sur ordonnance, services de chiropractie, de physiothérapie, services dentaires	Ne s'appliquent pas	Ne s'appliquent pas
Services non assurés	Chirurgie plastique, conseils donnés au téléphone par un médecin	Ne s'appliquent pas	Ne s'appliquent pas
Services désassurés	Ablation d'une verrue ou l'extraction d'une dent de sagesse	Ne s'appliquent pas	Ne s'appliquent pas

Source : Abby Hoffman (13:11-12).

De plus, la *Loi canadienne sur la santé* s'applique à un nombre de plus en plus limité de services, car on dispense maintenant moins de services à l'hôpital. Grâce aux nouvelles technologies, les services de santé peuvent être dispensés en clinique externe ou à domicile. Les séjours dans les hôpitaux sont plus courts, et les médicaments permettent parfois d'éviter une chirurgie. Toutefois, lorsque les services et les médicaments sur ordonnance sont fournis à l'extérieur de l'hôpital, ils ne sont pas visés par la *Loi canadienne sur la santé*. En conséquence, ils ne sont pas nécessairement dispensés gratuitement aux patients ni nécessairement fournis conformément aux principes d'accessibilité, d'intégralité et d'universalité.

Au fil des années, les provinces ont élargi la gamme des services admissibles au financement gouvernemental, en entier ou en partie. Ces services comprennent, par exemple, les soins dentaires, les soins de la vue et les médicaments sur ordonnance fournis à certains groupes de la population dans quelques provinces, ainsi que certains soins communautaires et soins à domicile. Encore une fois, ces services ne sont pas visés par la *Loi canadienne sur la santé*. Par conséquent, la gamme des services de santé financés par le gouvernement varie énormément d'une province à l'autre. Abby Hoffman a mentionné au Comité que notre système de soins de santé, dans son ensemble, est de moins en moins uniforme :

> C'est une bonne chose que les provinces aient choisi d'élargir la gamme de services. Le problème c'est qu'elles ne l'ont pas fait de façon uniforme et que nous nous retrouvons maintenant avec un régime fragmenté, un ensemble de mesures disparates dans tout le pays[35].

Bien que la *Loi canadienne sur la santé* ait réussi à uniformiser le financement public des services des hôpitaux et des médecins dans l'ensemble du pays, il est clair que sa portée limitée a entraîné un manque d'uniformité dans le financement public de l'éventail beaucoup plus vaste de services que les Canadiens aimeraient recevoir, selon toute probabilité, du système de santé public.

2.3 Application des sanctions en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*

Les provinces doivent se conformer aux cinq conditions de la *Loi canadienne sur la santé* pour être admissibles au plein montant du financement fédéral. Si elles n'y satisfont pas, l'alinéa 15(1)*a*) de la *Loi* prévoit une sanction qui peut s'appliquer à la portion monétaire des transferts fédéraux. Le gouverneur en conseil établit le montant de cette sanction financière selon la « gravité » du manquement. Les articles 18 à 21 de la *Loi*, qui énoncent les sanctions liées à la surfacturation et aux frais modérateurs, stipulent que le gouvernement fédéral peut retenir un dollar de transferts pour chaque dollar imputé sous forme de frais directs aux patients.

---

[35] Abby Hoffman (13:25).

Entre 1984-1985 et 1991-1992, les sanctions pour non-conformité à la *Loi canadienne sur la santé* ont été appliquées à la portion des transferts du FPE réservés aux soins de santé. Puis, de 1991-1992 à 1995-1996, elles ont été étendues aux autres paiements de transfert parce que le gouvernement fédéral continuait de limiter la croissance des transferts du FPE et son incidence sur les transferts de fonds. On a estimé que la portion des transferts du FPE réservée aux soins de santé dans certaines provinces aurait été nulle en l'an 2000. Sans les transferts de fonds, le gouvernement fédéral n'aurait pas le pouvoir d'appliquer les conditions de la *Loi canadienne sur la santé*. Les retenues ou déductions supplémentaires n'étaient pas stipulées dans la Loi, mais elles étaient expressément stipulées dans la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces* (paragraphes 23.2(1), 23.2(2) et 23.2(3)). Depuis 1996-1997, les sanctions prescrites dans la *Loi canadienne sur la santé* s'appliquent au volet monétaire du TCSPS.

L'information fournie par Santé Canada[36] indique qu'à trois occasions, le gouvernement fédéral a eu recours à des sanctions financières et a réduit ses contributions à certaines provinces qui autorisaient la surfacturation ou imposaient des frais modérateurs. D'abord, il a déduit plus de 246 732 000 dollars des transferts de fonds du FPE à toutes les provinces de 1984-1985 à 1986-1987. Toutefois, il s'est également conformé au paragraphe 20(6) de la *Loi*, en vertu duquel une province pouvait recouvrer ces fonds si elle cessait d'exiger toute forme de frais directs aux patients au cours des trois années suivant l'entrée en vigueur de la Loi, c'est-à-dire avant le 1er avril 1987. Comme toutes les provinces se sont conformées à la *Loi* dans ce délai, les montants retenus ont été remboursés en totalité.

Ensuite, de 1992-1993 à 1995-1996, le gouvernement fédéral a retenu quelque 2 025 000 dollars en transferts du FPE à la Colombie-Britannique parce que certains médecins de cette province ne participaient pas au régime d'assurance-santé de la province et avaient recours à la surfacturation.

Enfin, depuis 1995-1996, le gouvernement fédéral a imposé des sanctions financières aux provinces qui permettaient aux cliniques privées d'exiger aux patients des frais

d'établissement pour les services médicaux, ayant déterminé que ces frais constituaient des frais modérateurs. Ces sanctions ont été appliquées à quatre provinces. Lorsque les déductions des transferts à l'Alberta ont pris fin en juillet 1996, 3 585 000 dollars au total avaient été déduits des transferts à cette province (voir tableau 2.3). De même, 323 000 dollars ont été déduits des transferts à Terre-Neuve, qui a commencé à se conformer à la *Loi* en janvier 1998. Les sanctions imposées au Manitoba (2 056 000 dollars au total) ont pris fin le 1er février 1999. La Nouvelle-Écosse ne se conforme toujours pas à la *Loi canadienne sur la santé* et se voit imposer des sanctions de l'ordre de 4 780 dollars par mois (au total, 247 750 dollars ont été déduits des transferts à cette province, entre octobre 1996 et janvier 2000).

TABLEAU 2.3
DÉDUCTIONS PAR PROVINCE EN VERTU DE LA *LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ*
(en milliers de dollars)

	1992-1993	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000*
Alberta				2 319	1 266			
Colombie-Britannique	83	1 223	676	43				
Île-du-Prince-Édouard								
Manitoba				269	588	587	612	
Nouveau-Brunswick								
Nouvelle-Écosse				32	72	57	39	47,8
Ontario								
Québec								
Saskatchewan								
Terre-Neuve				46	96	128	53	
Total Canada	**83**	**1 223**	**676**	**2 709**	**2 022**	**772**	**704**	**47,8**

** Jusqu'à janvier 2000.*
Source : Santé Canada, Deductions by Province Since Passage of the Canada Health Act, document d'information préparé pour le Comité, section 8, 10 février 2000.

L'hon. Monique Bégin, ancienne ministre de la Santé qui a déposé la *Loi canadienne sur la santé*, a mentionné que, jusqu'à maintenant, aucune sanction discrétionnaire pour non-conformité aux cinq principes de la *Loi* n'a jamais été imposée, malgré certaines plaintes concernant la transférabilité, l'intégralité et l'accessibilité.

[36] Santé Canada, *History of Dispute Resolution under the Canada Health Act*, Document d'information préparé pour le Comité, section 6, 9 février 2000.

2.4 La *Loi canadienne sur la santé* est-elle encore pertinente?

Quelques témoins ont discuté de la pertinence de la *Loi canadienne sur la santé*. Certains d'entre eux estimaient que la *Loi* devait demeurer inchangée. Par exemple, l'hon. Marc Lalonde a déclaré :

> Beaucoup de gens reprochent à la *Loi canadienne sur la santé* des choses qu'elle n'était pas censée faire. La Loi n'introduit pas de rigidité. Les cinq critères existaient auparavant. La *Loi canadienne sur la santé* introduit des définitions plus claires, par le biais du règlement ou d'autres façons, pour donner un contenu à ces règles. En ce sens, il y a peut-être un peu de rigidité. Mais je n'hésite pas à dire que le Parlement fédéral doit conserver les cinq critères qu'il a adoptés par le passé. À mon avis, ils restent aussi valides que jamais[37].

L'hon. Monique Bégin a mentionné que la *Loi* était très importante pour les Canadiens et qu'elle ne devait pas être remaniée :

> La *Loi canadienne sur la santé* s'est animée d'une vie qui lui est propre. Elle jouit maintenant du prestige d'une icône. C'est pourquoi je pense personnellement qu'aucun politicien ne peut rouvrir la *Loi canadienne sur la santé*, ni même l'améliorer, parce que cela déstabiliserait trop la population[38].

Toutefois, Mme Bégin a suggéré qu'une nouvelle loi similaire à la *Loi canadienne sur la santé* soit établie pour régir l'utilisation des nouveaux transferts fédéraux. Cette nouvelle loi pourrait inclure des conditions additionnelles, comme la reddition de comptes et la viabilité.

Par contre, d'autres ont soutenu que la *Loi* devrait être révisée. L'hon. Claude Castonguay a souligné que le nouveau régime d'assurance pour les médicaments sur ordonnance mis en place par le gouvernement du Québec en 1996 ne serait pas admissible au financement fédéral en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* parce qu'il comprend des composantes du secteur privé et du secteur public. Même si tous les citoyens sont couverts, les prestataires doivent payer une prime et une partie du coût de leurs médicaments.

---

[37] L'hon. Marc Lalonde (15:21).
[38] L'hon. Monique Bégin (16:5).

2.5 Commentaires du Comité

Dans la présente section, le Comité désire exposer ses réflexions sur les principes nationaux qui sous-tendent le système de soins de santé canadien et ses questions à leur sujet.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, Tom Kent a souligné que l'objectif stratégique original du régime public d'assurance-santé consistait à veiller à ce que tous les Canadiens, peu importe leur situation financière ou leur lieu de résidence au Canada, aient accès à tous les services médicalement nécessaires. Nous croyons que cet objectif explique quatre des principes de la *Loi canadienne sur la santé* :

- Le principe d'universalité, qui prévoit que les services de santé doivent être accessibles à tous les Canadiens;
- Le principe de transférabilité, qui prévoit que tous les Canadiens sont couverts, même lorsqu'ils se déplacent d'une province à l'autre;
- Le principe d'intégralité, qui garantit que tous les services médicalement nécessaires sont couverts par l'assurance-santé publique;
- Le principe d'accessibilité, qui prévoit l'élimination de barrières à la prestation des soins de santé, comme les frais modérateurs, afin que les services soient accessibles à tous les Canadiens peu importe leur revenu.

Les quatre principes ci-dessus sont tous axés sur les Canadiens en tant qu'individus. Ils sont axés sur le patient, ce qui est conforme à l'objectif stratégique original du régime d'assurance-santé du Canada. Cependant, ce qui était à l'origine, il y a plus de trente-cinq ans, un régime national de soins de santé ayant le patient pour pivot est devenu un système national bien plus restreint, centré davantage sur le mécanisme de prestation (hôpitaux et médecins) que sur la totalité des besoins du patient en matière de santé. La vaste majorité des commentaires des autorités publiques sur le sujet passent sous silence cette distinction, bien que celle-ci soit fondamentale pour la conception des futures politiques publiques dans le domaine.

Qui plus est, le dernier principe de la *Loi canadienne sur la santé*, le principe d'administration publique, est d'une toute autre nature. Il ne met pas l'accent sur le patient, mais plutôt sur les moyens de réaliser les objectifs visés par les quatre autres principes. À notre avis, cette distinction entre finalités et moyens explique une bonne partie du débat actuel entourant la

Loi canadienne sur la santé et le système de soins de santé canadien. Les gens qui sont tout à fait d'accord avec les objectifs d'une politique gouvernementale peuvent néanmoins être en profond désaccord quant aux moyens utilisés pour réaliser ces objectifs.

Le récent débat concernant le projet de loi 11 de l'Alberta illustre bien cette situation. Cette loi permet aux établissements de santé privés et à but lucratif d'entrer en concurrence avec les hôpitaux financés par l'État pour certaines interventions chirurgicales mineures. Le gouvernement de l'Alberta est d'avis que la sous-traitance de services à ces établissements peut en améliorer l'accès, réduire les listes d'attente et les délais et augmenter l'efficience des services en réduisant la demande touchant les hôpitaux financés par l'État. Les opposants à cette loi croient que ces objectifs seraient mieux réalisés par l'augmentation du niveau de financement des hôpitaux publics.

À la phase trois de l'étude, le Comité examinera les moyens que les autres pays ont utilisés pour atteindre les objectifs de la couverture universelle et intégrale des soins de santé. Cette démarche servira à mieux comprendre le système canadien de soins de santé et à évaluer les options pour bâtir un système durable.

Les principes d'intégralité et d'accessibilité sont interreliés. En effet, ils concernent l'essence des questions cruciales de déterminer quels services « médicalement nécessaires » sont couverts par l'assurance-santé publique et comment ces services doivent être payés. Ces questions ouvrent le débat sur la rentabilité et la viabilité.

Déterminer quels services doivent être considérés comme « médicalement nécessaires » constitue une tâche difficile. La plupart des Canadiens conviendraient que les traitements cardiaques assurant la survie du patient sont médicalement nécessaires. La plupart des Canadiens conviendraient également que, le plus souvent, la chirurgie plastique n'est pas médicalement nécessaire. La difficulté réside plutôt dans les services qui se situent entre ces deux extrêmes. Par exemple, presque tout le monde considère les médicaments essentiels au maintien de la vie comme étant « médicalement nécessaires », même s'ils ne sont pas administrés par un hôpital et donc ne répondent pas au critère de la nécessité médicale prévu

par la *Loi canadienne sur la santé*. Il n'en demeure pas moins que beaucoup de Canadiens ont malheureusement de la difficulté à s'acheter chaque mois les médicaments jugés « médicalement nécessaires » qu'on leur prescrit.

Évidemment, plus on inclut de services dans la définition de « médicalement nécessaire », plus le système de soins de santé devient coûteux. Pourtant, à mesure qu'apparaissent des services et produits « médicalement nécessaires » fournis hors du cadre traditionnel de l'hôpital, il devient de plus en plus manifeste qu'il faut élargir la définition de la nécessité médicale si le Canada désire demeurer fidèle à l'esprit de la *Loi canadienne sur la santé*. Une telle démarche soulève cependant la question du paiement des services et de la prévention de coûts exorbitants.

Par exemple, des frais modérateurs modestes pourraient-ils constituer un moyen efficace de réduire l'utilisation superflue du système de soins de santé, comme certaines personnes l'ont proposé? Ou bien les frais modérateurs auraient-ils une incidence démesurément négative sur les patients à faible revenu, les empêchant de demander les services dont ils ont vraiment besoin (ce qui violerait le principe d'accessibilité)? Ou encore, les Canadiens ayant un revenu élevé devraient-ils payer une partie des coûts des soins qu'ils occasionnent au système grâce, par exemple, à une certaine forme de majoration de l'impôt sur le revenu?

Tom Kent a indiqué au Comité qu'il s'agissait en fait de la vision originale de l'assurance-santé adoptée par le Parti libéral :

> Si l'on considère l'histoire, lorsque le rassemblement libéral de 1961 a tellement engagé le Parti libéral dans le sens d'un système de soins de santé public, c'était à une condition. Que les coûts que devait ainsi encourir un citoyen dans le régime fiscal lui seraient imputés directement. La valeur des services obtenus grâce à l'assurance-santé publique entrerait dans la déclaration aux fins d'impôt, dans certaines limites, de sorte que cela ne deviendrait jamais trop pour un particulier ou une famille et que les gens qui payaient peu ou pas d'impôts n'auraient rien à payer pour les services de

> santé qu'ils recevaient mais que ceux qui avaient un revenu relativement important, payaient de lourds impôts, paieraient quelque chose[39].

Si cette méthode de financement était éventuellement utilisée, les Canadiens devraient-ils pouvoir acheter une assurance privée pour couvrir les coûts éventuels? La question se pose.

Un grand problème de l'assurance-santé est que les principes économiques classiques ne s'y appliquent pas parfaitement. Parce que la plupart des factures sont remboursées par l'assurance, les gens se préoccupent peu du coût des soins. De plus, ils n'ont aucun moyen d'évaluer la qualité des services qu'ils reçoivent. Par dessus tout, pour la plupart, la santé n'a pas de prix; ils veulent obtenir les meilleures techniques et actes médicaux à n'importe quel prix, ce qui crée un casse-tête pour les dirigeants politiques. D'une part, les électeurs n'accepteront pas le rationnement des services. D'autre part, ni les politiciens ni leurs électeurs ne veulent payer les impôts plus élevés qu'exigent des services illimités.

La détermination précise des services qui doivent être couverts par le gouvernement et de ceux qui doivent être payés par les individus, partiellement ou en totalité, directement ou au moyen d'une assurance privée, nécessite une discussion en profondeur. Bien que les questions cruciales soient difficiles et que le simple fait de les poser suscite l'inquiétude chez certains Canadiens, elles doivent néanmoins faire l'objet d'un débat public sérieux. Le Comité, par le biais des rapports qui découleront de la présente étude, espère servir de tribune pour ce débat.

Il n'est désormais plus possible pour les Canadiens de faire abstraction des questions de savoir quels services doivent être couverts par leur régime d'assurance-santé et comment ces services doivent être payés, en invoquant simplement les principes louables de l'intégralité et de l'accessibilité de la *Loi canadienne sur la santé*. Ces termes, même s'ils représentent des principes très importants pour tous les Canadiens, ne suffisent désormais plus pour permettre au gouvernement et aux Canadiens d'éviter les décisions pratiques qui doivent être prises en ce qui concerne notre système de soins de santé. Dans les parties suivantes de son

[39] Tom Kent (13:40).

étude, le Comité décrira les options pour régler ces questions et pour examiner les opinions et les attentes des Canadiens concernant leur système de soins de santé.

CHAPITRE TROIS

ATTENTES DE LA POPULATION À L'ÉGARD DU SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ

Pour de nombreux Canadiens, le système de soins de santé est l'une des caractéristiques qui définit le pays dans lequel ils vivent et qui symbolise les valeurs sociétales qui y sont privilégiées. Ils chérissent leur régime public d'assurance-santé pour ce qu'il est et pour les valeurs qu'il représente : risque partagé, compassion, équité et responsabilité commune. Toutefois, un nombre croissant de Canadiens craignent que leur système de soins de santé perdent ces qualités. En effet, nombre d'entre eux croient que le système de soins de santé au Canada n'est plus aussi bon qu'il l'était en raison de la réduction des dépenses gouvernementales dans le domaine des soins de santé, des listes d'attente plus longues pour une consultation médicale et une intervention, et du départ d'un certain nombre de médecins et d'infirmières pour les États-Unis. Ils s'attendent également à ce que les coûts liés aux soins de santé continuent d'augmenter, en particulier en ce qui a trait aux médicaments délivrés sur ordonnance et aux nouvelles technologies médicales.

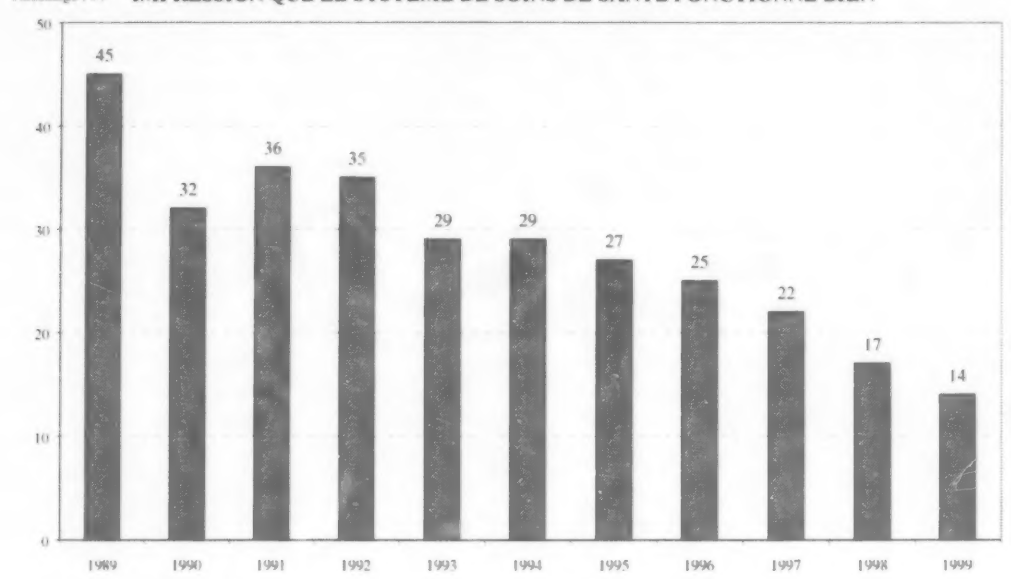
> *Il y a un certain lien entre l'universalité du système de soins de santé et les valeurs canadiennes fortes que sont l'égalitarisme et la générosité....*
> *Notre système de soins de santé est un puissant symbole des valeurs de notre société.*
>
> *Chris Baker, v.-p., Environics Research Group (9:30 et 9:33).*

Pour concevoir des politiques qui tiennent compte des valeurs et des perceptions de la population, il est crucial de chercher à comprendre ces dernières. C'est pourquoi le Comité a invité des sondeurs canadiens à fournir plus d'information sur les attitudes passées et présentes du public, ainsi que sur ses attentes, à l'égard du système de soins de santé. Nous reconnaissons que divers sondages et enquêtes ont posé différentes questions et employé différentes techniques et que, en conséquence, les résultats ne sont peut-être pas directement comparables. Il est intéressant de noter, cependant, que nous trouvons une grande cohérence et des tendances similaires à long terme dans les résultats des sondages présentés au Comité.

3.1 Les soins de santé soulèvent d'importantes préoccupations à l'égard de la politique gouvernementale

La confiance que les Canadiens accordent à leur système de soins de santé a chuté d'une façon significative au cours de la dernière décennie. Selon un sondage réalisé par Goldfarb Consultants, 45 % des Canadiens estimaient, en 1989, que leur système de soins de santé fonctionnait bien, contre seulement 14 % en 1999 (voir graphique 3.1). De même, le sondage effectué par Environics suggère que le niveau de satisfaction des Canadiens à l'égard du système de soins de santé a diminué énormément pendant les années 90. En fait, on s'entend de plus en plus pour dire que notre système de soins de santé éprouve des difficultés.

GRAPHIQUE 3.1
IMPRESSION QUE LE SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ FONCTIONNE BIEN



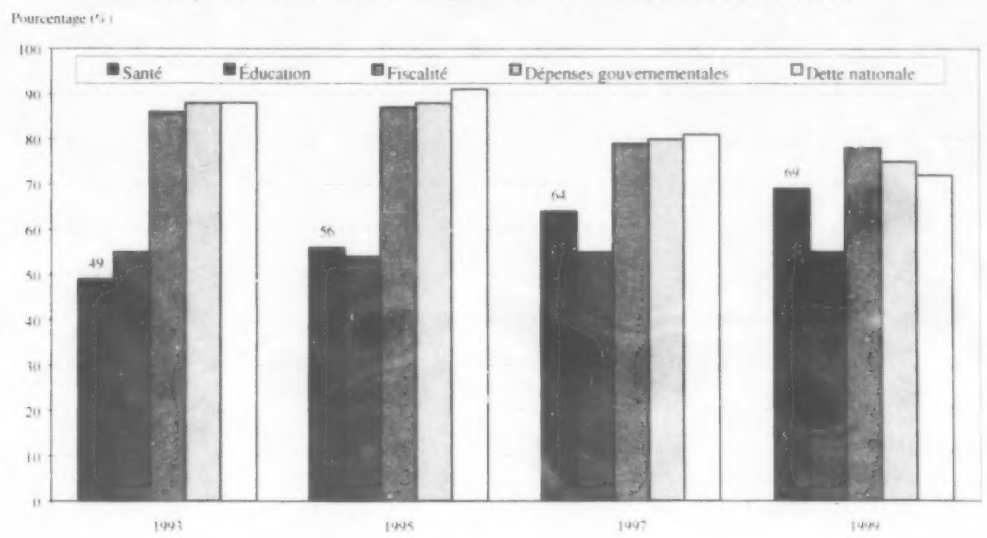
Source : Goldfarb Consultants, exposé présenté au Comité, 22 mars 2000, diapo 6.

Au regard de la politique gouvernementale, les données tirées du sondage de Goldfarb indiquent que les Canadiens sont de plus en plus préoccupés par les soins de santé (voir

> *La fiscalité et l'endettement n'ont pas totalement disparu de la liste des préoccupations, ce sont des sujets qui sont encore bien présents à l'esprit de la population, mais la santé devient une préoccupation primordiale.*
>
> *Scott Evans, consultant principal en statistique, Goldfarb (9:36)*

graphique 3.2). Au début des années 90, les Canadiens étaient surtout préoccupés par les dépenses gouvernementales, la dette et les impôts. Bien que la fiscalité soit demeurée une préoccupation majeure en matière de politique gouvernementale en 1999, les soins de santé étaient perçus comme l'un des problèmes les plus importants auquel fait face le Canada. À cet égard, on constate cependant des écarts sur le plan démographique. Par exemple, en 1999, les femmes étaient davantage préoccupées par les soins de santé, tandis que les hommes l'étaient davantage par la fiscalité. De même, les Canadiens âgés se disaient plus préoccupés par la situation du système de soins de santé que ce n'était le cas pour les jeunes.

GRAPHIQUE 3.2
POLITIQUE GOUVERNEMENTALE : ÉVOLUTION DES PRÉOCCUPATIONS



Source : Goldfarb Consultants, exposé présenté au Comité, 22 mars 2000, diapo 13.

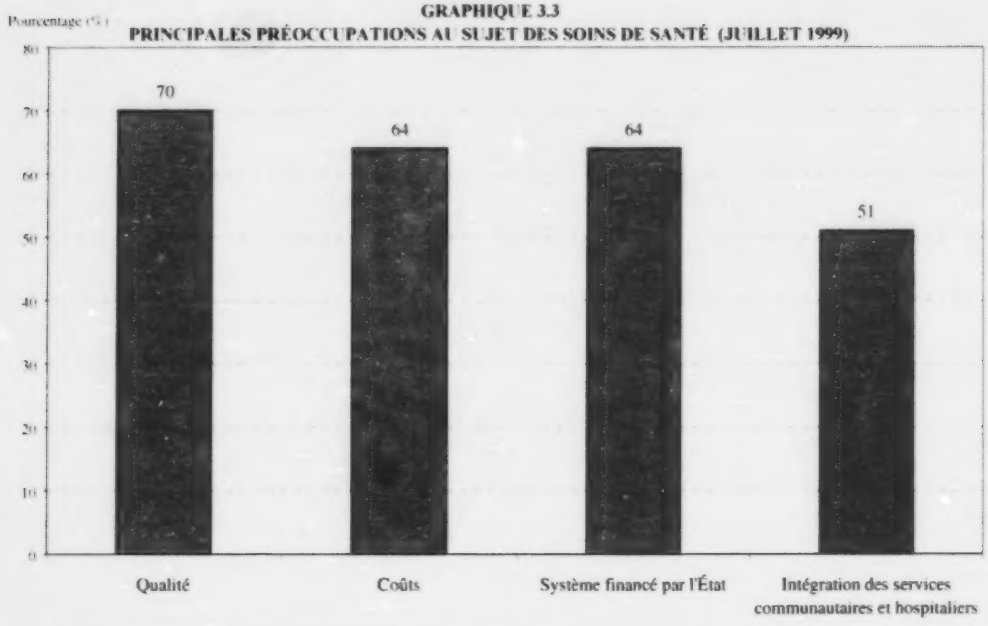
3.2 Les Canadiens sont préoccupés par la qualité, l'accessibilité et l'universalité des soins de santé

Selon le sondage réalisé par Environics, la qualité semble être le facteur de préoccupation le plus important. Environ 70 % des Canadiens se disaient très préoccupés par la qualité des soins de santé en 1999 (voir graphique 3.3). Les coûts liés aux soins de santé et le maintien d'un système de soins de santé subventionné par l'État étaient tous les deux perçus comme

des facteurs très importants mais secondaires (64 %). Environ 51 % des Canadiens déclaraient être très préoccupés par l'intégration des services communautaires et hospitaliers. Pendant les audiences, on a fait observer que les coûts et l'aide gouvernementale accordée au système de soins de santé suscitent moins d'inquiétudes depuis 1994, mais que la qualité des soins de santé est demeurée un sujet d'inquiétude important[40].

En outre, Chris Baker a expliqué qu'il existe dans l'esprit des Canadiens un lien très étroit entre la qualité et l'accessibilité des soins (voir graphique 3.4). À son avis, la population

GRAPHIQUE 3.3
PRINCIPALES PRÉOCCUPATIONS AU SUJET DES SOINS DE SANTÉ (JUILLET 1999)



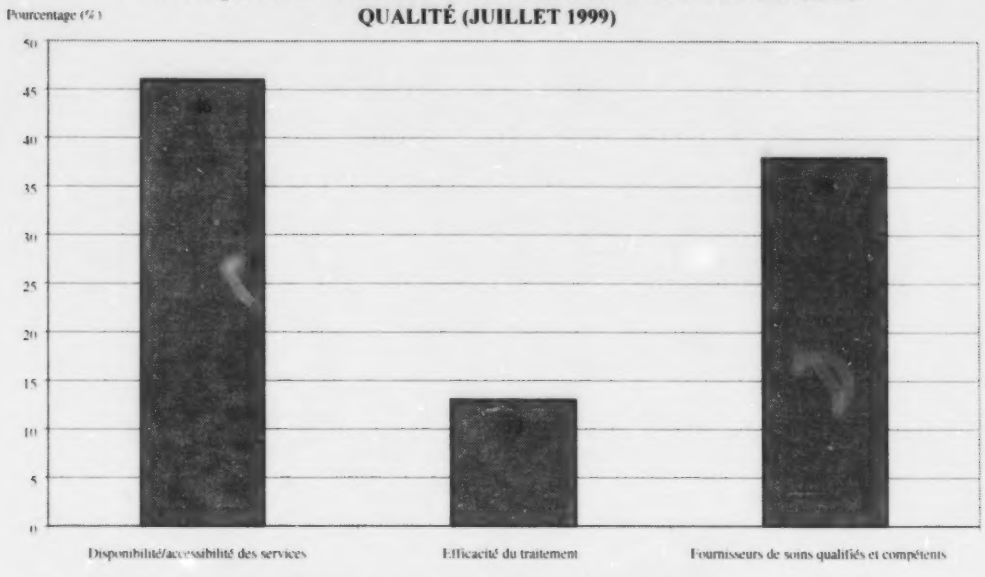
Source : Environics Research Group, exposé présenté au Comité, 22 mars 2000, diapo 23.

canadienne s'opposerait fortement à toute mesure qui aurait pour effet de restreindre l'accès aux soins de santé[41].

> *L'accès aux soins de santé et la disponibilité de ces soins sont les principaux domaines de préoccupation, et les Canadiens s'opposeront énergiquement à toute mesure visant à limiter cet accès.*
>
> *Chris Baker, v.-p., Environics Research Group (9 :33)*

[40] Chris Baker (9:31-32).
[41] Chris Baker (9:32).

GRAPHIQUE 3.4
ASPECT QUI DÉFINIT LE MIEUX UN SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ DE QUALITÉ (JUILLET 1999)



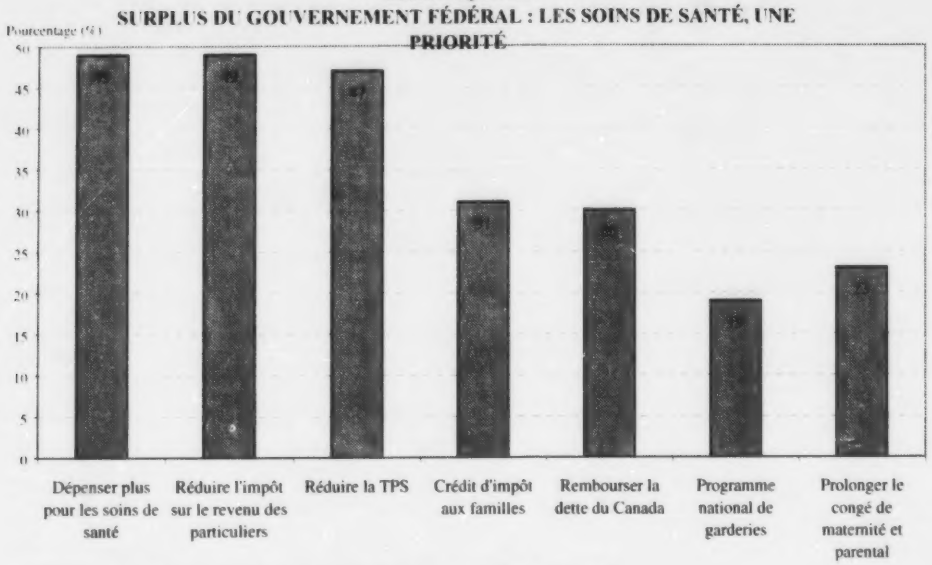
Source : Environics Research Group, exposé présenté au Comité, 22 mars 2000, diapo 26.

3.3 Les soins de santé constituent une priorité

L'une des questions posées dans le cadre du sondage réalisé par Goldfarb en 1999 portait sur l'utilisation la plus souhaitable de l'excédent budgétaire fédéral. Bien que les Canadiens attachent beaucoup d'importance à la réduction de l'impôt sur le revenu des particuliers, le réinvestissement dans les soins de santé est tout aussi impératif (graphique 3.5). Pour les Canadiens, l'universalité est une valeur fondamentale. En fait, le taux d'appui à un régime d'assurance-santé universel, accessible à tous, peu importe la situation économique des gens, est passé de 81 % à 84 % entre 1991 et 1999 (graphique 3.6).

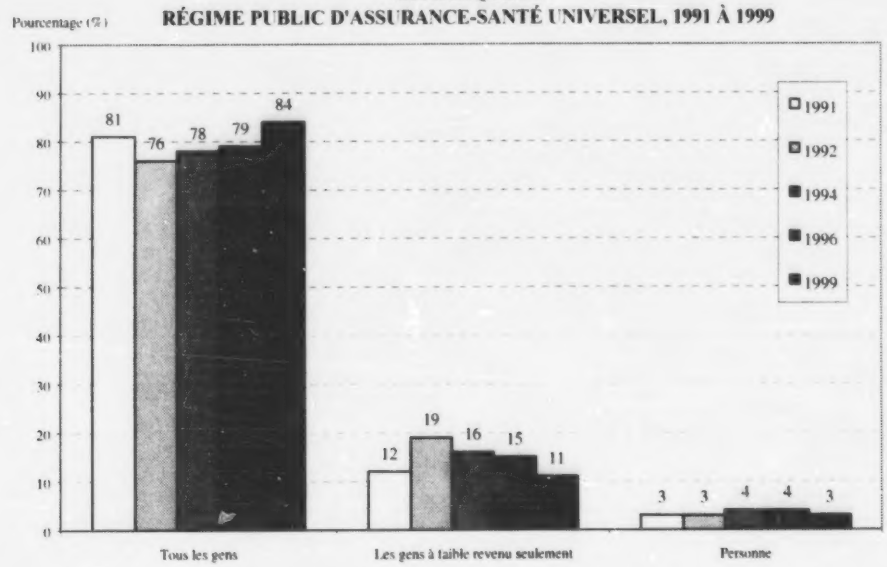
Lorsque l'on questionne les Canadiens sur les priorités en matière de dépenses de santé, ils affichent une préférence marquée pour l'infrastructure concrète et les activités de recherche. Les activités communautaires sont jugées secondaires, et les activités perçues comme éloignées des soins de première ligne sont jugées les moins prioritaires au regard d'un nouveau financement des soins de santé.

GRAPHIQUE 3.5
SURPLUS DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL : LES SOINS DE SANTÉ, UNE PRIORITÉ



Source : Goldfarb Consultants. exposé présenté au Comité. 22 mars 2000. diapo 22.

GRAPHIQUE 3.6
RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE-SANTÉ UNIVERSEL, 1991 À 1999



Source : Environics Research Group. exposé présenté au Comité. 22 mars 2000. diapo 27.

Quelque 78 % des Canadiens considèrent que le maintien des lits d'hôpitaux est hautement prioritaire, suivi du financement de la recherche axée sur la santé des femmes et de la technologie médicale. Les initiatives portant sur la santé de la population, bien qu'elles procurent des avantages à long terme, ne peuvent contrebalancer, dans l'esprit des gens, le caractère d'urgence qui est associé à de nouveaux lits d'hôpitaux ou au diagnostic effectué à l'aide d'une technologie ou de matériel thérapeutique de pointe. M. Baker a donné l'explication suivante :

> Cela est dû, à mon avis, à un certain caractère immédiat de nos inquiétudes au sujet du régime de soins de santé… Les lits d'hôpitaux et les équipements de haute technologie offrent des avantages immédiats, alors que des initiatives axées sur les communautés et la santé populaire sont perçues comme des activités à plus long terme. Parce qu'ils sont très inquiets, les Canadiens mettent surtout l'accent sur les activités qui offriront des avantages immédiats plutôt qu'à long terme[42].

Abby Hoffman, de Santé Canada, a exprimé un point de vue semblable :

> [...] lorsque les gens ont l'impression que les soins de santé et les traitements sont vulnérables, ils hésitent un peu, avec raison, à ce que l'on consacre davantage d'efforts, peut-être même davantage de ressources, à la prévention et à la promotion de la santé publique, de la santé de la population, à ce genre d'activités[43].

Graham Scott, ancien sous-ministre de la Santé de l'Ontario, a prévenu que les solutions à court terme atténuent peut-être les craintes des Canadiens au sujet de leur système de soins de santé, mais que les solutions à long terme sont plus avantageuses. Il a donné l'exemple suivant :

> Si on met 100 millions de dollars sur la mise à niveau du système de protection-santé de l'Ontario, cela n'apporte pas la guérison à court terme à un patient. Cependant, si on annonce l'expansion des services d'urgence de six hôpitaux communautaires du sud-ouest de l'Ontario, ça pourrait

[42] Chris Baker (9:32).
[43] Abby Hoffman (13:27).

[rapporter] pas mal de [votes]. C'est là que se trouve le compromis, à mon avis[44].

Selon lui, il faudra beaucoup de courage de la part des politiciens fédéraux et provinciaux pour investir là où cela rapportera le plus d'avantages à long terme.

3.4 Les soins de santé : un domaine qui requiert une collaboration entre les gouvernements fédéral et provinciaux

La population est moins satisfaite du régime et critique la façon dont les deux ordres de gouvernement s'acquittent de leur tâche dans ce domaine. Elle souhaite que les gouvernements cessent de lutter entre eux dans le domaine des soins de santé et commencent à collaborer.

Chris Baker, v.-p., Environics Research Group (9:33).

Selon les résultats des sondages de Environics et de Goldfarb, les Canadiens attendent des deux ordres de gouvernement qu'ils fassent leur part respective pour réinvestir dans les soins de santé. Les résultats de ces sondages révèlent également que les Canadiens attribuent une faible note aux gouvernements fédéral et provinciaux quant à leur gestion des questions touchant les soins de santé. En outre, les Canadiens s'impatientent devant l'attitude des gouvernements qui rejettent la responsabilité sur les autres. Ils sont davantage intéressés par des résultats positifs et la collaboration intergouvernementale. À ce propos, comme l'a souligné Scott Evans :

> Les Canadiens commencent également à en avoir assez de la bisbille entre les deux ordres de gouvernement. Quand on leur demande comment ils conçoivent les relations fédérales-provinciales, ils ne semblent pas comprendre pourquoi les deux ordres de gouvernement semblent ne pas vouloir ou ne pas pouvoir s'entendre sur ce qui doit être fait. Les Canadiens semblent perdre patience[45].

[44] Graham Scott (20:13).
[45] Scott Evans (9:38).

3.5 Forte adhésion aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*

Un examen des sondages, enquêtes et rapports des dix dernières années effectué par le Conference Board du Canada révèle que les Canadiens adhèrent toujours aussi fortement aux principes de la *Loi canadienne sur la santé.* Les principes auxquels ils tiennent le plus sont l'universalité et l'accessibilité, tandis que l'administration publique est celui qui suscite le moins d'enthousiasme (voir tableau 3.1).

TABLEAU 3.1
LES PRINCIPES DE LA *LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ* SONT "TRÈS IMPORTANTS" (POURCENTAGE)

	1991	1994	1995	1999
Universalité	93	85	89	89
Accessibilité	85	77	82	81
Transférabilité	89	78	81	79
Intégralité	88	73	80	80
Administration publique	76	63	64	59

Source : Conference Board du Canada, Canadians' Values and Attitudes on Canada's Health Care System: A Synthesis of Survey Results, *6 octobre 2000, p. 11.*

Malgré tout, de nombreux Canadiens estiment que, sauf en ce qui concerne l'universalité, le système de soins de santé ne respecte pas les principes d'un régime public d'assurance-santé. Selon le Conference Board, cela est loin d'être surprenant, étant donné que nombre des services auxquels font appel les Canadiens ne sont pas visés par la *Loi canadienne sur la santé.*[46]

3.6 Appui décroissant à l'égard des frais modérateurs et des établissements privés

Les sondages indiquent une opposition grandissante aux mesures financières qui limiteraient l'accès aux soins de santé. Selon Goldfarb Consultants, l'appui à l'égard des frais modérateurs dans les cas de consultations médicales, qui était à la hausse entre 1989 et 1992, a décliné depuis (voir graphique 3.7). De même, le sondage de Environics révèle que seule une minorité de Canadiens (31 %) estiment que les cliniques privées représentent une bonne

[46] Conference Board du Canada, *Canadians' Values and Attitudes or Canada's Health Care System: A Synthesis of Survey Results*, 6 octobre 2000, p.12.

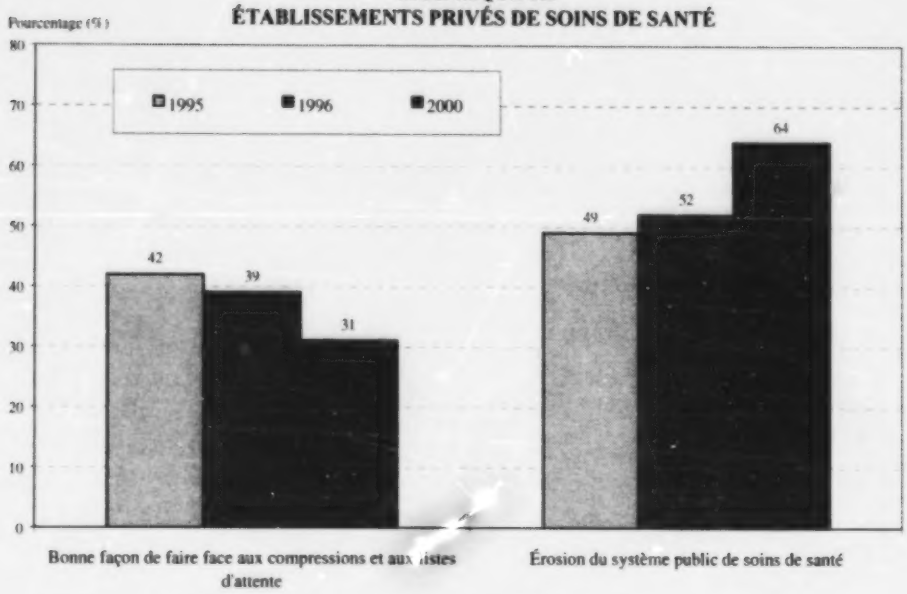
façon de réduire les listes d'attente. En outre, la population craint de plus en plus le fait que la mise sur pied d'établissements de santé privés n'entraîne une érosion du système de soins de santé subventionné par l'État (graphique 3.8).

L'examen des sondages et enquêtes mené en 2000 par le Conference Board du Canada a révélé que les diverses possibilités de privatisation gagnent davantage l'appui de la population lorsqu'elles sont présentées comme moyen de préserver le régime public de soins de santé, soit en en améliorant l'efficacité, soit en assurant à tous le même accès à des services de grande qualité. Par exemple, les frais modérateurs suscitent des réactions qui varient selon les circonstances; ils sont davantage acceptés lorsqu'ils sont présentés comme moyen d'accroître l'efficacité du système sans empêcher quiconque d'avoir accès à des services nécessaires. De même, la population est davantage en faveur des établissements privés, selon le rapport du Conference Board, lorsque le système public est incapable de fournir les services nécessaires que lorsque ces établissements permettent aux personnes qui en ont les moyens d'obtenir des services plus rapides ou meilleurs.

GRAPHIQUE 3.7
APPUI À L'ÉGARD DES FRAIS MODÉRATEURS POUR LES SERVICES MÉDICAUX

Source : Goldfarb Consultants, exposé présenté au Comité, 22 mars 2000, diapo 20.

GRAPHIQUE 3.8
ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS DE SOINS DE SANTÉ



Source : Environics Research Group, exposé présenté au Comité, 22 mars 2000, diapo 45.

3.7 Commentaires du Comité

La raison qui explique cette baisse de confiance de la population à l'égard du système de soins de santé canadien demeure sujette à débat. Selon Scott Evans :

> La restructuration financière du régime de soins de santé, et la réaction des médias et de divers groupes de militants, sont des facteurs qui ont tous contribué à ce manque général de confiance[47].

Dans le même ordre d'idées, le Dr. John S. Millar, v.-p., Recherche et analyse, Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), mentionnait ce qui suit :

> [...] Ces changements et la baisse des budgets ont manifestement provoqué beaucoup de stress dans le système. [...] Par exemple, la confiance du public a considérablement baissé. Nous montrons très bien dans ce rapport que

[47] Scott Evans (9:34-35).

> certains services sont moins accessibles, comme les salles d'urgence et certains services de spécialistes. Comme cela a beaucoup retenu l'attention des médias, la confiance du public a considérablement diminué[48].

Même si les compressions des dépenses publiques sont souvent considérées comme ayant beaucoup contribué au recul de la confiance du public à l'égard du régime de soins de santé, on ignore toujours si les nouvelles injections de fonds dans les transferts fédéraux au titre du TCSPS faisant suite à l'adoption des projets de loi C-32 (2000) et C-45 (2000) suffiront à rétablir cette confiance. Le Comité s'est cependant fait dire qu'on ne doit pas confondre le manque de confiance à l'égard du système de soins de santé avec le rendement réel de celui-ci. En fait, lorsqu'on interroge les clients sur la qualité des soins de santé qu'ils reçoivent, ils sont généralement satisfaits :

> [...] quand on pose la question aux gens qui ont réellement reçu des soins, ils expriment des niveaux de satisfaction très élevés. Cela démontre que les gens qui dispensent les soins, les médecins et les infirmières, ont maintenu des niveaux de rendement très élevés malgré tous ces facteurs de stress. Les mesures du rendement dont nous disposons montrent de bons résultats. C'est une dichotomie intéressante qui apparaît constamment chaque fois que l'on fait des enquêtes de ce genre[49].

Sholom Glouberman, directeur du Réseau de la santé, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, soutient que l'enjeu majeur consiste donc à mettre au point des stratégies qui rétabliront la confiance de la population dans le système de soins de santé canadien :

> On a tendance à confondre le rendement réel du système de soins de santé et le manque de confiance du public. Devant ce manque de confiance on réagit souvent en affectant davantage de ressources au système. Cela ne règle pas le problème, car c'est un problème de confiance. Il s'agit de voir quelles sont les stratégies à utiliser pour accroître la confiance du public dans le système de soins de santé. Cela dépend en partie de l'information. Il faut également garantir que le système de soins de santé sera là lorsque les gens en auront besoin. Cela joue un grand rôle dans le débat[50].

---

[48] Dr. John S. Millar (14:35).
[49] Dr. John S. Millar (14:35).
[50] Sholom Glouberman (9:18-19).

Voici l'un des défis actuels auquel fait face le système de soins de santé canadien :

> Pour conclure, l'opinion publique connaît actuellement des fluctuations intéressantes. Il est possible de faire accepter la légitimité de différentes approches du régime de soins de santé qui pourront rétablir la confiance de la population dans le régime[51].

L'opinion et les attentes du public sont essentielles dans l'examen du système de soins de santé canadien. Dans la phase deux de son étude, le Comité se penchera sur la question des attentes croissantes, dans la mesure où celles-ci peuvent avoir une incidence significative sur les décisions gouvernementales à venir, notamment sur le type de services de santé qui doit être assuré, sur la catégorie de personnes admissibles à des soins de santé subventionnés par l'État et sur la façon d'obtenir l'argent pour payer les services.

[51] Scott Evans (9:37).

CHAPITRE QUATRE

TENDANCES DES DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ

Le présent chapitre a pour but de présenter un examen factuel détaillé des tendances actuelles et passées des dépenses de soins de santé au Canada. Le chapitre est divisé en six sections. La première section décrit les tendances historiques des dépenses totales de soins de santé. La section 2 aborde les tendances des dépenses des secteurs public et privé. La section 3 présente de façon détaillée les tendances par catégorie de dépenses. La section 4 donne une brève comparaison entre les dépenses du Canada et les dépenses internationales en matière de soins de santé. La section 5 aborde les dépenses des provinces dans ce secteur et la section 6 résume les facteurs influant sur les coûts des soins de santé. Le chapitre est fondé sur les données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)[52].

Les données sur les dépenses de soins de santé présentées par l'ICIS et l'OCDE comprennent les éléments suivants : hôpitaux, autres établissements (notamment les établissements de soins pour bénéficiaires internes), médecins, autres professionnels de la santé (chiropraticiens, physiothérapeutes, opticiens, etc.), médicaments (prescrits ou non), immobilisations, santé publique (incluant la promotion de la santé et la prévention des maladies), recherche médicale et fournitures et appareils médicaux personnels. Cette définition est conforme à la définition générale des soins de santé présentée par le Comité dans l'introduction du présent rapport.

Comme nous le constaterons dans les sections suivantes, il existe différentes façons de mesurer les dépenses de soins de santé au Canada. L'interprétation du niveau des dépenses de santé et de leurs tendances est fonction de la façon dont nous mesurons les dépenses.

> *[...] nous dépensons moins que nous ne le croyons, bien moins que la portion des fonds publics que consacrent la plupart des autres pays aux soins de santé. Je vous dirai également que la quote-part du gouvernement fédéral dans les dépenses au titre des soins de santé est bien supérieure à ce que les provinces veulent bien nous faire croire.*
>
> *Raisa Deber, professeure, University of Toronto (8:3).*

[52] ICIS, *Dépenses nationales de santé - Tendances*, Ottawa, 15 décembre 1999 (1975-1999) et 11 décembre 2000 (1975-2000), et OCDE, *Éco-santé OCDE*, CD-ROM, Paris, 1999 et 2000.

4.1 Tendances globales – de 1975 à 2000

Le graphique 4.1 décrit l'évolution de l'ensemble des dépenses de soins de santé au Canada au cours des 25 dernières années. Exprimées en dollars courants (trait gras), elles ont augmenté d'une façon soutenue, passant de 12,2 milliards de dollars en 1975 à 95,1 milliards en 2000. La croissance des dépenses de soins de santé en termes nominaux a affiché des taux à deux chiffres dans les années 70 et au début des années 80, mais a diminué considérablement vers des taux à un chiffre à la fin des années 80 et durant les années 90[53]. Abby Hoffman, de Santé Canada, a mentionné ceci au Comité :

> Il faut interpréter avec prudence la portée et l'importance de ce ralentissement étant donné que les chiffres peuvent être trompeurs. Il faut tenir compte du niveau d'inflation beaucoup plus élevé qui existait dans les années 70 et au début des années 80 par rapport à la fin des années 80 et aux années 90, ainsi que du niveau actuel qui est très bas[54].

Le trait fin du graphique 4.1 représente les dépenses de santé totales corrigées en fonction de l'inflation et converties en dollars constants de 1992[55]. Même après correction de l'incidence de l'inflation, ce qui permet de mesurer les taux de croissance réelle, les dépenses de soins de santé ont augmenté sans arrêt entre 1975 et le début des années 90. Toutefois, les taux de croissance réels durant la période de 1975 à 2000 étaient beaucoup plus bas, variant entre moins de 1 % et 5 %[56].

Selon l'ICIS, la progression soutenue que connaissent depuis quatre ans les dépenses en soins de santé tient essentiellement aux nouveaux investissements des gouvernements à ce chapitre.

---

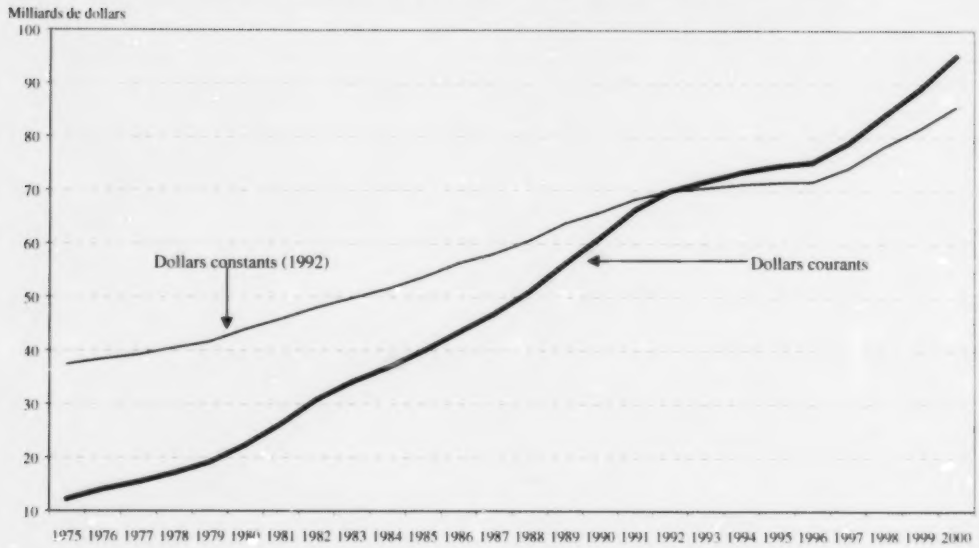
[53] Plus précisément, les dépenses de santé totales ont augmenté à un taux annuel moyen de 11,1 % au cours de la période de 1975 à 1991. Puis elles ont connu une baisse importante, jusqu'à un taux annuel moyen de 2,6 % entre 1991 et 1996. Le taux annuel moyen devrait atteindre 6,0 % entre 1996 et 2000.

[54] Abby Hoffman (13:8).

[55] Les données sont habituellement corrigées en fonction de l'inflation au moyen d'un indice implicite des prix du PIB (l'indice de 1992 égale 100).

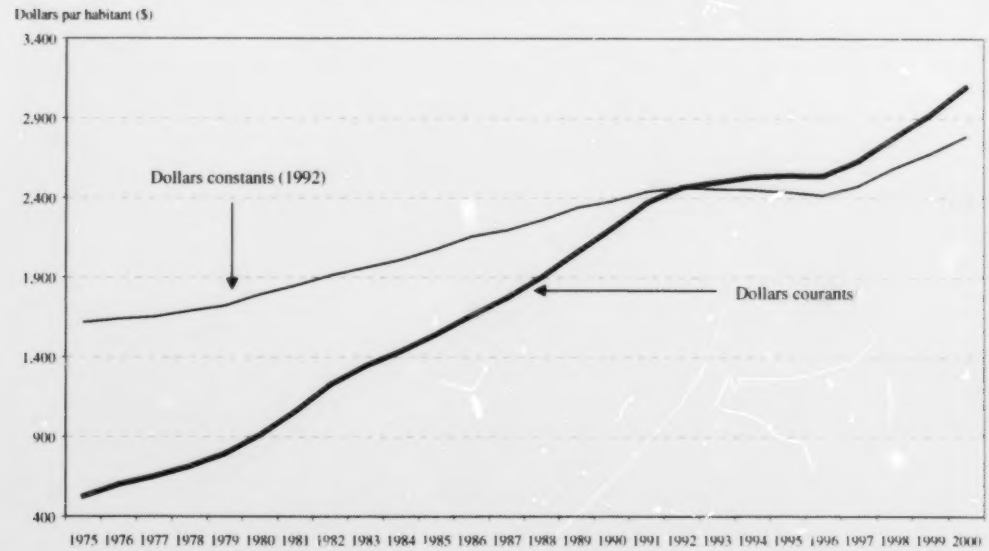
[56] Les taux de croissance réels s'établissaient en moyenne à 3,8 % entre 1975 et 1991, à 1,0 % entre 1991 et 1996 et à 4,6 % entre 1996 et2000.

GRAPHIQUE 4.1
DÉPENSES TOTALES DE SOINS DE SANTÉ AU CANADA



Source : ICIS (2000) et Bibliothèque du Parlement.

GRAPHIQUE 4.2
DÉPENSES TOTALES DE SOINS DE SANTÉ AU CANADA

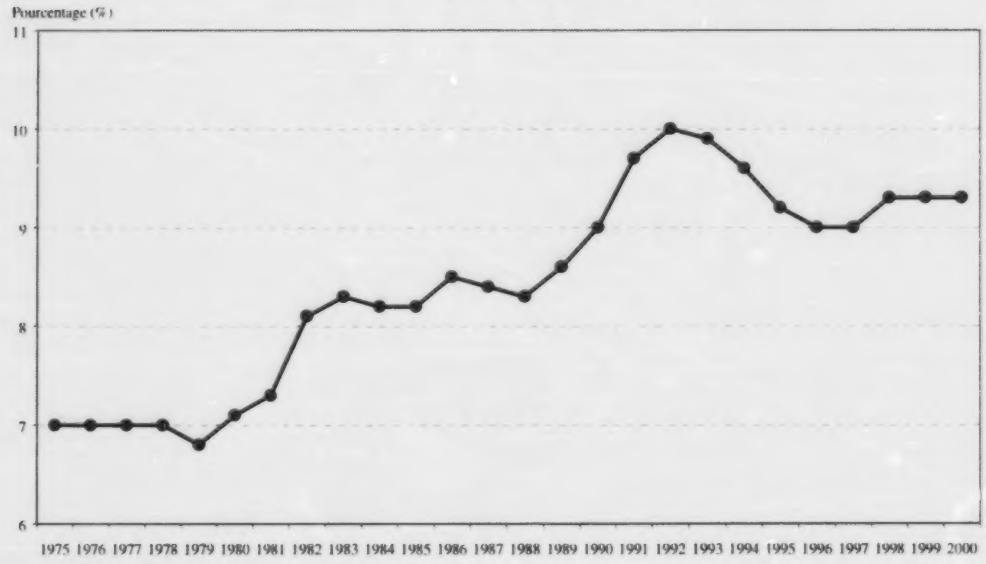


Source : ICIS (2000) et Bibliothèque du Parlement.

Certains témoins qui ont parlé devant le Comité ont dit qu'afin d'interpréter adéquatement les tendances des dépenses de soins de santé, les données devraient également être corrigées en fonction de la taille de la population. Les dépenses de soins de santé par habitant figurent au graphique 4.2.

Le trait fin, qui représente les dépenses par habitant corrigées en fonction de l'inflation et de la taille de la population, indique que les dépenses de soins de santé au Canada ont augmenté entre 1975 et le début des années 90. Toutefois, les dépenses réelles par habitant ont légèrement diminué entre 1992 et 1996. Cette tendance s'est inversée en 1997, et le taux de croissance annuel réel des dépenses par habitant devrait s'établir en moyenne à 3,6 % entre 1997 et 2000.

GRAPHIQUE 4.3
DÉPENSES TOTALES DE SOINS DE SANTÉ AU CANADA, EN % DU PIB



Source : ICIS (2000) et Bibliothèque du Parlement.

Une autre façon de mesurer les montants affectés à la santé au Canada consiste à exprimer les dépenses de soins de santé en pourcentage du produit intérieur brut (PIB)[57]. Cet indicateur, appelé « ratio des soins de santé au PIB », indique dans quelle mesure le Canada

[57] Comme nous l'expliquons au chapitre 1, le PIB mesure la valeur de tous les produits, services et investissements dans un pays durant une année.

consacre des ressources productives aux soins de santé. En 1975 (voir graphique 4.3), les dépenses de soins de santé au Canada constituaient 7,0 % du PIB. Le pourcentage a augmenté durant la majeure partie des années 70 et 80, pour atteindre le sommet de 10 % en 1992. Puis, le ratio des soins de santé au PIB a diminué continuellement entre 1992 et 1996, pour atteindre 9,0 %. La dernière prévision de l'ICIS indique que cette tendance s'est inversée : la part du PIB consacrée aux soins de santé a grimpé jusqu'à 9,3 % en 1998, niveau auquel elle est demeurée en 1999 et en 2000.

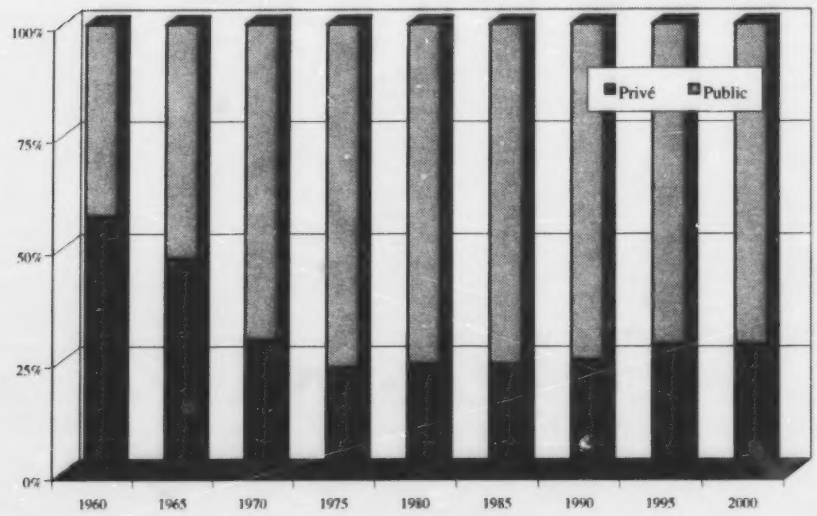
4.2 Dépenses du secteur public et dépenses du secteur privé

Bien que le secteur public soit la principale source de financement des soins de santé au Canada, ce n'était pas le cas il y a quarante ans, lorsque le secteur privé assumait plus de la moitié des dépenses de soins de santé[58]. Le graphique 4.4 présente des renseignements sur les sources de financement des soins de santé au Canada. En 1960, le financement du secteur privé représentait plus de 57 % des dépenses de soins de santé totales. Au cours de la décennie suivante, avec l'avènement des régimes universels d'assurance-santé dans les provinces, les taux de croissance des dépenses de soins de santé assumées par le secteur public ont augmenté beaucoup plus que ceux du financement privé. En conséquence, la part du secteur privé a chuté. En 1975, la part du secteur public avait atteint plus de 76 %, alors que celle du secteur privé s'établissait à 24 %.

Entre 1975 et 1985, les parts du secteur privé et du secteur public sont demeurées relativement stables. Puis les gouvernements ont commencé à rationaliser le financement des hôpitaux et des services de médecins et ont mis en œuvre des mesures visant à accroître l'efficience du système de soins de santé. Ces mesures ont entraîné une stabilisation des dépenses gouvernementales. Au même moment, la part du secteur privé a commencé à augmenter et, en 1997, elle a atteint 30 %, son plus haut niveau enregistré depuis 1970. Elle a légèrement reculé ces dernières années, pour se fixer à 29 % en 2000. Cette année-là, la part du secteur public a représenté 71 % de l'ensemble des dépenses en soins de santé.

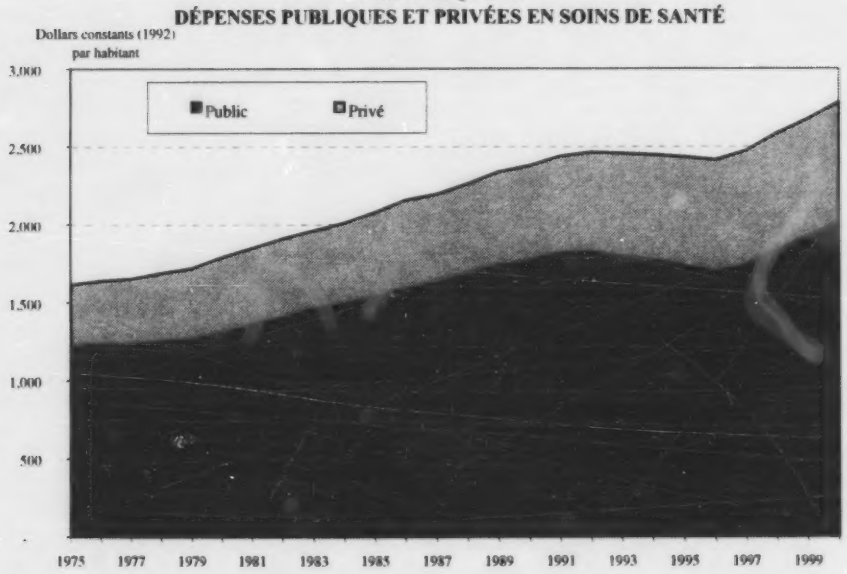
[58] Le secteur public désigne les divers ordres de gouvernement. Les dépenses du secteur privé consistent principalement en des frais directs payés personnellement par les individus et des dépenses couvertes par des

GRAPHIQUE 4.4
PARTS PUBLIQUE ET PRIVÉE DES DÉPENSES TOTALES DE SOINS DE SANTÉ



Source : Vern Hicks (1999), ICIS (2000) et Bibliothèque du Parlement.

GRAPHIQUE 4.5
DÉPENSES PUBLIQUES ET PRIVÉES EN SOINS DE SANTÉ



Source : ICIS (2000) et Bibliothèque du Parlement.

compagnies d'assurance. Les dépenses des commissions des accidents du travail sont comprises dans les dépenses publiques de soins de santé.

Encore une fois, il est utile d'examiner les tendances lorsque les dépenses sont corrigées en fonction de l'inflation et de la taille de la population. Le graphique 4.5 montre que les dépenses du secteur public par habitant, exprimées en dollars constants, ont augmenté continuellement de 1975 à 1992. Entre 1992 et 1996, les dépenses de soins de santé par habitant assumées par le secteur public ont diminué en termes réels. Autrement dit, la croissance des dépenses publiques en soins de santé n'a suivi ni la croissance économique ni la croissance démographique. Cette tendance à la baisse s'est inversée en 1997 et, en 1998, les dépenses publiques de soins de santé par habitant, en dollars constants, ont retrouvé leur sommet de 1992. Elles ont affiché une progression en termes réels de 4,4 % en 1999 et de 4,8 % en 2000 :

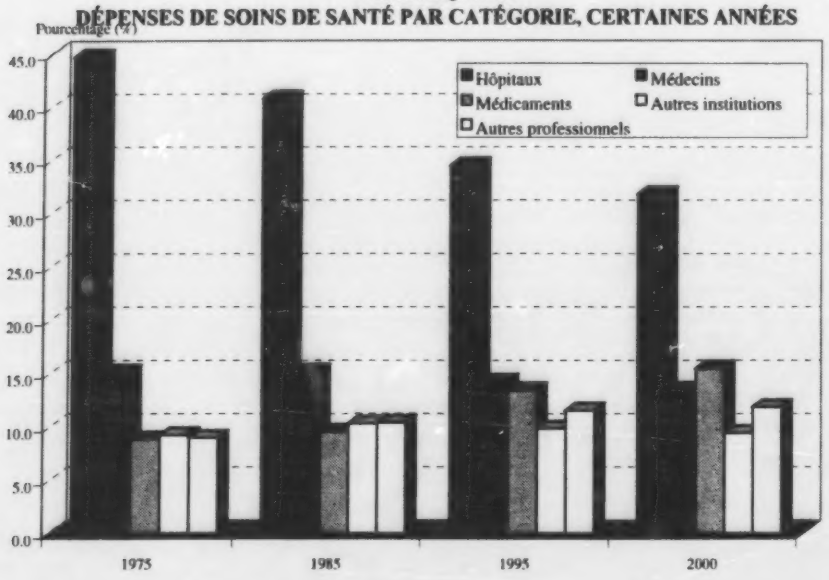
> Si on rajuste les dépenses en fonction de l'inflation en général et de l'augmentation de la population, le ralentissement des dépenses publiques et même leur baisse au milieu des années 90 apparaît plus clairement. Autrement dit, le milieu des années 90 est certainement une période où les dépenses publiques au chapitre de la santé n'ont pas suivi le même rythme que le taux d'inflation, même s'il a été faible, ou que la croissance démographique. Toutefois, lorsque ces dépenses ont augmenté à la fin des années 90, elles ont regagné le sommet atteint au début des années 90 sur le plan des dépenses réelles par habitant, même si l'on tient compte de la croissance démographique et de l'augmentation générale des prix[59].

4.3 Catégories de dépenses

En 2000, le Canada a dépensé 30,2 milliards de dollars pour les soins hospitaliers. Les soins hospitaliers constituent la plus importante catégorie de dépenses de soins de santé, représentant 31,8 % du total de ces dépenses en 2000. La part du total des dépenses de soins de santé affectées aux hôpitaux a suivi une courbe descendante au cours des 25 dernières années, partant d'un sommet de 45,0 %, atteint en 1976 (voir graphique 4.6).

Les dépenses en services de médecins ont totalisé près de 12,8 milliards de dollars en 2000, soit 13,5 % du total des dépenses de soins de santé. Entre 1975 et 1985, la part des dépenses totales de soins de santé consacrée aux services de médecins est demeurée relativement constante. Elle a diminué légèrement entre 1985 et 2000.

GRAPHIQUE 4.6
DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ PAR CATÉGORIE, CERTAINES ANNÉES



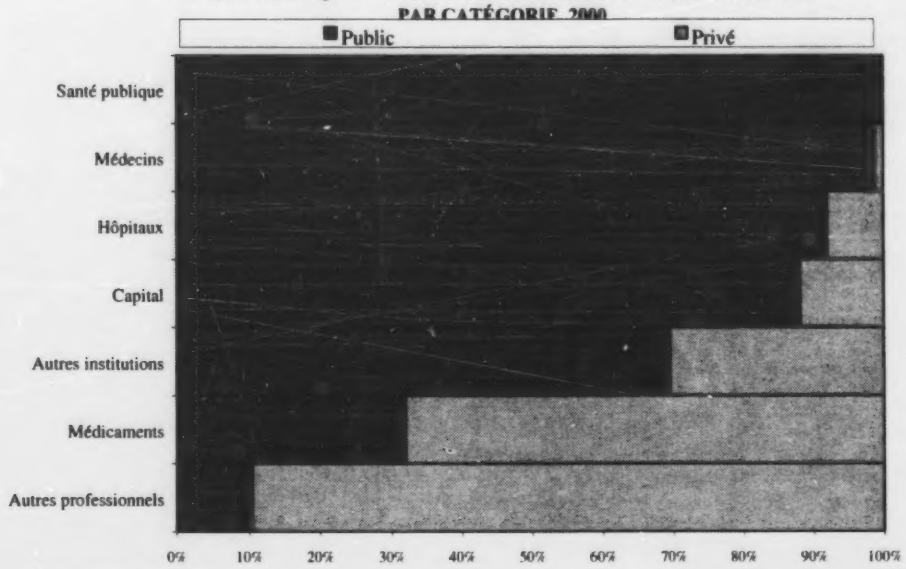
Source : ICIS (2000) et Bibliothèque du Parlement.

Depuis 1997, les dépenses affectées aux médicaments constituent la deuxième catégorie de dépenses de soins de santé en importance, dépassant les dépenses liées aux services de médecins. La part des dépenses totales de soins de santé affectée aux médicaments a augmenté continuellement au cours des 25 dernières années, passant de 8,8 % en 1975 à 9,5 % en 1985, à 13,4 % en 1995, puis à 15,5 % en 2000.

La répartition des dépenses publiques par catégorie va de 100 % pour la santé publique à 10 % pour les professionnels de la santé autres que les médecins (voir graphique 4.7). Plus de 70 % des dépenses dans toutes les catégories, sauf les médicaments et les autres professionnels, sont payées par l'État. Le secteur public assume 91 % environ des dépenses totales au chapitre des hôpitaux et un peu moins de 99 % des dépenses totales au titre des services de médecins. Les dépenses de soins de santé du secteur privé au Canada touchent surtout les médicaments, les services dentaires, les soins de la vue et les soins à domicile, c'est-à-dire des services qui, pour la plupart, ne sont pas visés par la *Loi canadienne sur la santé.*

[59] Abby Hoffman (13:8).

GRAPHIQUE 4.7
PARTS PUBLIQUE ET PRIVÉE DES DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ, PAR CATÉGORIE, 2000



Source : ICIS (2000) et Bibliothèque du Parlement.

4.4 Comparaisons internationales

Les comparaisons internationales constituent une autre façon d'évaluer notre système de soins de santé. En fait, elles sont essentielles pour mieux comprendre le volume des dépenses et les facteurs qui ont entraîné leur augmentation, en vue de déterminer la taille optimale du secteur des soins de santé. Différents indicateurs des dépenses de soins de santé peuvent être utilisés pour comparer les pays. Comme la professeure Deber l'a souligné durant son exposé devant le Comité, il est important de définir précisément ce qui est mesuré par chaque indicateur, car le rang du Canada change selon l'indicateur utilisé pour mesurer les dépenses de soins de santé.

Trois types d'indicateurs sont utilisés couramment pour comparer le niveau des dépenses de soins de santé dans les différents pays. Le plus connu est le ratio des dépenses de soins de santé au PIB, qui mesure la part de l'économie d'un pays consacrée aux soins de santé.

Comme le montre le tableau 4.1, en 1998, le Canada se classait quatrième (9,5 %) parmi les pays de l'OCDE, après les États-Unis (13,6 %), l'Allemagne (10,6 %) et la Suisse (10,4 %), quant au ratio des dépenses totales de soins de santé au PIB. La Turquie vient au dernier rang. Le Japon, quant à lui, avec une proportion relativement faible (7,2 %), se classe 18e. En moyenne, les pays de l'OCDE ont consacré 7,9 % de leur PIB aux soins de santé. Cet indicateur révèle que le Canada a consacré, toutes proportions gardées, plus d'argent aux soins de santé que la moyenne pour l'OCDE en 1998 et qu'il se trouve parmi les pays qui dépensent le plus dans ce domaine.

Les « dépenses nominales par habitant » constituent un autre indicateur international courant; cet indicateur convertit les devises nationales en une devise commune (habituellement le dollar américain) et les divise par la population. Cet indicateur est par conséquent corrigé en fonction de la taille de la population. La troisième colonne du tableau 4.1 indique que les dépenses de soins de santé du Canada en 1998 s'élevaient à 1 828 dollars américains par habitant. Selon cette mesure, le Canada tombe au 14e rang, loin derrière les États-Unis (4 178 dollars, en 1re place), la Suisse (3 834 dollars, en 2e place), la Norvège (2 836 dollars, en 3e place) et l'Allemagne (2 769 $, en 4e place). Les dépenses de soins de santé du Canada étaient comparables à celles de la Suède, des Pays-Bas et de la Finlande. En comparaison, le Japon s'est classé au 9e rang, avec 2 283 dollars américains par habitant. Selon cet indicateur, le Canada se situe dans la moyenne de l'OCDE et ne fait pas partie des pays qui ont dépensé le plus en soins de santé. Les résultats du Japon sont moins reluisants : alors qu'il occupait le 18e rang pour ce qui est des dépenses de soins de santé exprimées en pourcentage du PIB (parmi les niveaux de dépenses les moins élevés), il se hisse au 9e rang pour ce qui est des dépenses en dollars américains par habitant (parmi les niveaux de dépenses les plus élevés).

TABLEAU 4.1

Dépenses de soins de santé dans les pays de l'OCDE, 1998						
Pays	**Dépenses en % du PIB**	**Rang**	**Dépenses par habitant en $ américains**	**Rang**	**Dépenses par habitant en $ PPA**	**Rang**
Allemagne	10,6	2	2 769	4	2 424	3
Australie	8,5	9	1 691	17	2 036	12
Autriche	8,2	15	2 164	11	1 968	13
Belgique	8,8	6	2 169	10	2 081	9

Canada	**9,5**	**4**	**1828**	**14**	**2312**	**5**
Corée	5,0	27	351	25	730	25
Danemark	8,3	12	2 736	5	2 133	7
Espagne	7,1	20	1 044	21	1 218	22
États-Unis	**13,6**	**1**	**4178**	**1**	**4178**	**1**
Finlande	6,9	21	1 724	15	1 502	17
France	9,5	5	2 333	8	2 055	11
Grèce	8,3	13	957	22	1 167	23
Hongrie	6,8	22	319	26	705	26
Irlande	6,4	24	1 436	19	1 436	19
Islande	8,3	14	2 468	7	2 103	8
Italie	8,4	10	1 720	16	1 783	15
Japon	7,6	18	2 283	9	1 822	14
Luxembourg	5,9	26	2 473*	6*	2 215	6
Mexique	4,7*	28*	202*	28*	356*	28*
Norvège	8,6	8	2 836	3	2 330	4
Nouvelle-Zélande	8,1	16	1 127	20	1 424	20
Pays-Bas	8,6	7	2 143	13	2 070	10
Pologne	6,4	25	263	27	496	27
Portugal	7,8	17	859	23	1 237	21
République tchèque	7,2	19	393	24	930	24
Royaume-Uni	6,7	23	1 607	18	1 461	18
Suède	8,4	11	2 146	12	1 746	16
Suisse	10,4	3	3 834	2	2 794	2
Turquie	4,0*	29*	122*	29*	255*	29*
Moyenne OCDE	7,9	-	1 730	-	1 689	-

**Données de 1997.*

Source: Éco-santé OCDE 2000.

Un indicateur plus perfectionné utilise la parité des pouvoirs d'achat (PPA) par habitant; il est calculé en comparant les prix de produits identiques dans différents pays et en divisant par la population[60]. La conversion en PPA élimine la disparité des prix entre les pays. Selon cet indicateur, le Canada demeure parmi les premiers pays, soit 5e (2 312 dollars par habitant), après les États-Unis (4 178 dollars), la Suisse (2 794 dollars), l'Allemagne (2 424 dollars) et la Norvège (2 330 dollars). Le Japon se classe 14e, au milieu de tous les pays de l'OCDE (avec 1 822 dollars).

[60] Le PPA est un indice de prix international calculé en comparant les prix de produits identiques dans divers pays. Il indique le taux auquel une devise doit être convertie dans une autre devise pour être en mesure d'acheter un panier de biens et services équivalents dans d'autres pays. Par conséquent, le PPA n'est pas simplement une conversion monétaire mais une équivalence qui tient compte de la valeur réelle attribuée au panier de biens et services.

Sans égard à la mesure utilisée, ce sont les États-Unis qui ont manifestement dépensé le plus en soins de santé en 1998, suivis de l'Allemagne et de la Suisse. Même si les dépenses du Canada étaient élevées, elles étaient proportionnelles à celles de plusieurs autres pays.

Le tableau 4.2 présente les rangs au sein de l'OCDE pour ce qui est des dépenses de soins de santé faites par le secteur public. En 1998, dans presque tous les pays, l'essentiel des dépenses de soins de santé étaient effectuées par le secteur public. Au Canada, 69,6 % des dépenses totales de soins de santé étaient assumés par l'État, pourcentage inférieur à la moyenne des pays de l'OCDE (73,6 %). Les États-Unis et la Corée étaient les deux seuls pays de l'OCDE où les dépenses de soins de santé du secteur privé étaient supérieures à celle du secteur public, qui assumait environ 45 % des dépenses totales. À l'opposé, au Luxembourg, le secteur public assumait près de 92,3 % des dépenses de soins de santé totales. Comparé aux autres pays de l'OCDE, le Canada occupait le 9e rang pour ce qui est dépenses de soins de santé exprimées en pourcentage du PIB. Fait intéressant, le niveau de dépenses de soins de santé publiques du Canada, exprimé en pourcentage du PIB, se situait près de celui des États-Unis.

Certains des pays ont-ils affiché des tendances similaires quant aux dépenses de soins de santé au cours des quatre dernières décennies? Le graphique 4.8 décrit l'évolution des dépenses de soins de santé, exprimées en pourcentage du PIB, dans certains pays de l'OCDE, de 1960 à 1998. On peut voir que le Royaume-Uni a constamment consacré une part moindre de son PIB aux soins de santé que le Canada ou les États-Unis. Les tendances du ratio des soins de santé au PIB au Canada et aux États-Unis sont demeurées pratiquement identiques jusque vers 1971, quand le Canada a établi un régime d'assurance-santé universel, contrairement aux États-Unis.

TABLEAU 4.2

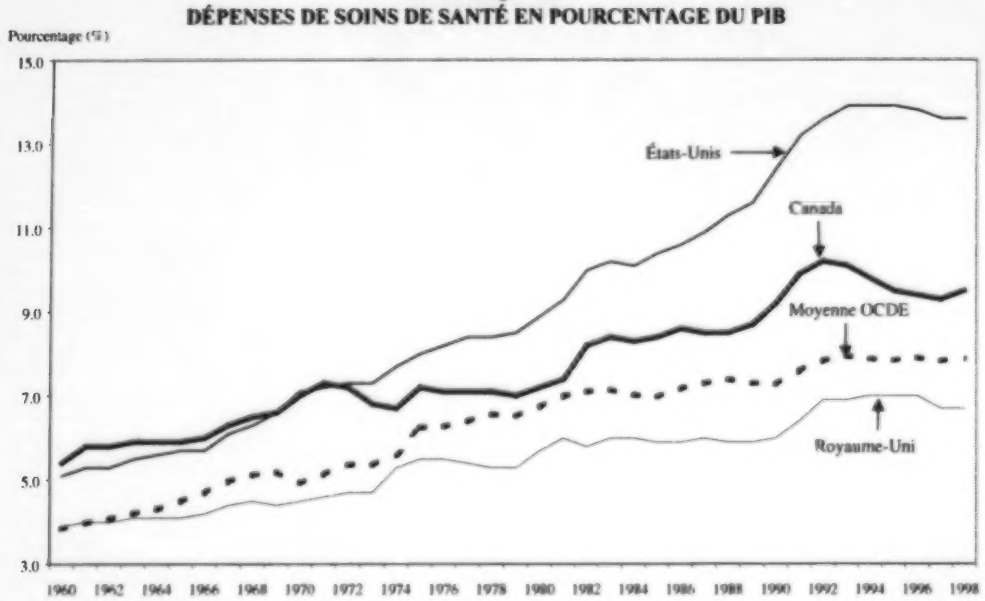
Dépenses de soins de santé par le secteur public dans les pays de l'OCDE, 1998				
Pays	**Part publique des dépenses totales de soins de santé (%)**	**Rang**	**Dépenses publiques de soins de santé en % du PIB**	**Rang**
Allemagne	74,6	16	7,9	2
Australie	69,5	22	5,9	15
Autriche	70,5	19	5,8	16
Belgique	89,7	3	7,9	1

Canada	**69,6**	**21**	**6,6**	**9**
Corée	45,8	28	2,3	29
Danemark	81,9	8	6,8	8
Espagne	76,9	11	5,4	20
États-Unis	**44,7**	**29**	**6,1**	**12**
Finlande	76,3	14	5,3	21
France	76,4	13	7,2	4
Grèce	56,8	27	4,7	25
Hongrie	76,5	12	5,2	22
Irlande	75,8	15	4,8	24
Islande	84,3	4	7,0	6
Italie	67,3	23	5,6	17
Japon	78,3	9	6,0	13
Luxembourg	92,3	1	5,4	19
Mexique	60,0*	26*	2,8*	28*
Norvège	83,1	7	7,1	5
Nouvelle-Zélande	77,1	10	6,2	11
Pays-Bas	70,4	20	6,0	14
Pologne	65,4	25	4,2	26
Portugal	66,9	24	5,2	23
République tchèque	91,9	2	6,6	10
Royaume-Uni	83,7	6	5,6	18
Suède	83,8	5	7,0	7
Suisse	73,4	17	7,7	3
Turquie	72,8*	18*	2,9*	27*
Moyenne OCDE	73,6	-	5,8	-

**Données de 1997.*
Source : Éco-santé OCDE 2000.

Le ratio des dépenses de soins de santé au PIB au Canada est demeuré relativement stable durant les années 70. Puis il a atteint le sommet de 10,2 % en 1992, en 2e place après les États-Unis. Bon nombre d'observateurs ont soutenu que le système de soins de santé canadien était maintenant un des plus coûteux parmi les pays de l'OCDE. Ce résultat a été largement discuté et interprété comme un indice que le modèle canadien était fondamentalement inflationniste. Comme au Canada, la plupart des pays de l'OCDE ont connu une croissance de leurs dépenses de soins de santé, exprimées en pourcentage du PIB, durant la majeure partie de la période de 1975 à 1990. Des augmentations ont également eu lieu au début des années 90, durant les périodes de faible croissance du PIB et de récession, et ont été suivies par une stabilisation ou de légères baisses du ratio. Toutefois, le Canada est le seul pays à avoir affiché une baisse sur cinq ans (de 1992 à 1997).

GRAPHIQUE 4.8
DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ EN POURCENTAGE DU PIB



Source : Éco-santé OCDE (2000) et Bibliothèque du Parlement.

4.5 La santé constitue une priorité dans les provinces

Durant son témoignage, Raisa Deber a affirmé que les soins de santé constituaient une priorité pour les gouvernements provinciaux et que les dépenses de l'éducation et de l'aide sociale ont été réduites de façon drastique dans les provinces. Le graphique 4.9 décrit les dépenses des gouvernements provinciaux pour les soins de santé, l'éducation et les services sociaux, exprimées en pourcentage des dépenses de programmes totales. Alors que les gouvernements provinciaux ont augmenté la proportion des dépenses publiques consacrées aux soins de santé et à l'aide sociale, les dépenses d'éducation ont diminué régulièrement. Dans son rapport *Performance and Potential 2000-2001*, le Conference Board a décélé des tendances analogues : au cours des trois dernières années, 62 % de la hausse des dépenses des gouvernements provinciaux ont été consacrés aux soins de santé, 25 % à l'éducation, 3 % aux services sociaux, 5 % aux intérêts sur la dette et 5 % aux dépenses générales[61].

[61] Conference Board du Canada, *Performance and Potential 2000-2001 — Seeking "Made in Canada" Solutions*, 2000, p. 115.

GRAPHIQUE 4.9
DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ, D'ÉDUCATION ET DE SERVICES SOCIAUX, EN % DES DÉPENSES DES GOUVERNEMENTS PROVINCIAUX

Source : Statistique Canada, CANSIM, et Bibliothèque du Parlement.

4.6 Commentaires du Comité

Nous espérons que ce chapitre contribuera à une meilleure compréhension des tendances actuelles et passées des dépenses de soins de santé, de la relation entre les dépenses de soins de santé du secteur public et du secteur privé et de la situation du Canada par rapport aux autres pays. Toutefois, l'information sur les dépenses de soins de santé comporte encore des lacunes. Dans un rapport récent, l'ICIS a indiqué ce qu'on ignore au sujet des dépenses de soins de santé au Canada :

- La façon dont la variation des dépenses de soins de santé influe sur la santé de la population;
- Les différences régionales au sein des provinces, en matière de dépenses de soins de santé;
- Les coûts liés au traitement de maladies spécifiques;
- Les coûts liés à la réadaptation, à la promotion de la santé et à d'autres services communautaires;

- Le montant que les Canadiens dépensent pour les médecines complémentaires et parallèles (p. ex., la massothérapie, l'homéothérapie, les produits à base de plantes et les autres remèdes semblables)[62].

En outre, d'autres questions difficiles demeurent sans réponse. Par exemple, quelle proportion de son PIB le Canada devrait-il consacrer aux soins de santé? Quel serait un niveau adéquat de dépenses de soins de santé financées par l'État? Quel rôle devrait jouer le gouvernement fédéral sur le plan de la santé et, plus précisément, combien d'argent devrait-il destiner aux soins? Quels facteurs pourraient expliquer la disparité des coûts de soins de santé entre les pays de l'OCDE? Peut-on tirer des leçons importantes de l'analyse de l'expérience internationale en vue d'une politique gouvernementale future au Canada? Ces questions et d'autres seront débattues lorsque le Comité examinera une série d'options concernant l'avenir du système de soins de santé canadien dans la phase quatre de son étude.

[62] ICIS, *Les soins de santé au Canada – Un premier rapport annuel*, 2000, p. 21.

CHAPITRE CINQ

L'ÉTAT DE SANTÉ ET LE CONCEPT DE SANTÉ DE LA POPULATION

Les Canadiens accordent beaucoup d'intérêt à la santé. Leur état de santé personnel, la santé des membres de leur famille et celle de leurs amis leur importent. Une bonne santé permet aux gens de mener une vie productive et satisfaisante. Pour le Canada dans son ensemble, un niveau élevé de santé contribue à une plus grande prospérité et une stabilité sociale générale. En conséquence, le niveau de santé global dont jouissent les Canadiens constitue un indicateur important de la réussite de notre société et de notre qualité de vie.

5.1 L'état de santé des Canadiens

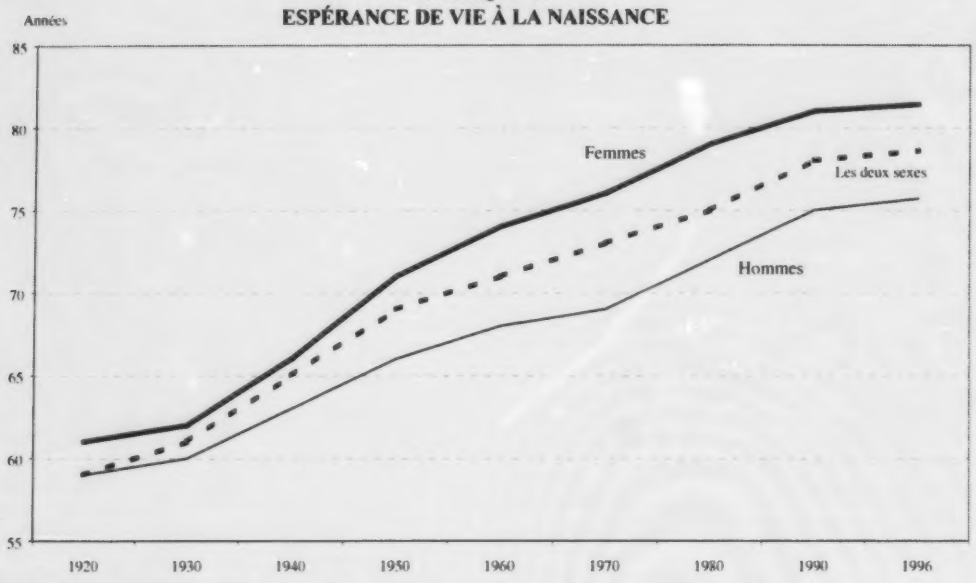
Il existe divers indicateurs de l'état de santé. L'espérance de vie, par exemple, est une mesure largement utilisée et internationalement reconnue pour décrire la qualité de la santé d'une population. Elle correspond à la durée de vie moyenne prévue pour une personne d'un âge donné compte tenu des taux de mortalité en cours.

Depuis plusieurs décennies le bilan de santé des Canadiens ne cesse de s'améliorer, à un point tel que nous dépassons maintenant tous les autres pays. Nous somme le deuxième pays au monde du point de vue de l'espérance de vie, juste après le Japon, et je m'attends à ce que nous passions au premier rang sous peu. Nous augmentons notre espérance de vie à un rythme encore plus rapide que le Japon, pays qui connaît en outre certaines difficultés.

Dr. John S. Millar, v.-p., Recherche et analyse, ICIS (14:33).

Au cours du siècle dernier, l'espérance de vie s'est accrue de façon constante (voir graphique 5.1). En se fondant sur les taux de mortalité actuels, on peut calculer qu'une petite fille née au Canada en 1996 peut espérer vivre en moyenne jusqu'à l'âge de 81 ans, tandis qu'un petit garçon atteindra l'âge de 76 ans. Il s'agit d'un nouveau sommet pour le Canada. Quel que soit leur âge, les femmes ont une espérance de vie supérieure à celle des hommes. Toutefois, depuis le début des années 80, l'écart quant à l'espérance de vie à la naissance entre les hommes et les femmes s'est rétréci.

GRAPHIQUE 5.1
ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE



Source : Statistiques Canada, Statistiques canadiennes (http://www.statcan.ca). Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne, et Bibliothèque du Parlement.

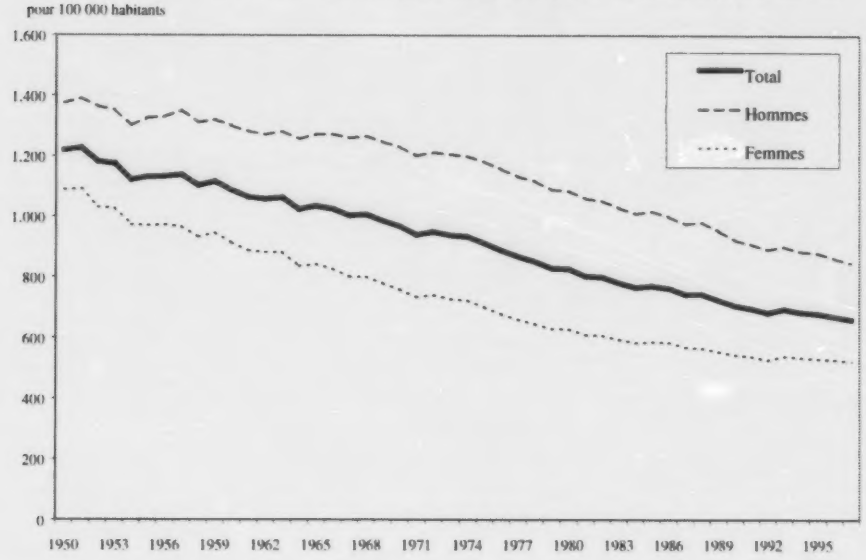
L'espérance de vie mesure uniquement les années. On met au point actuellement des indicateurs connexes qui permettent de savoir si la personne était, pendant ces années de vie, en bonne santé. Il y a, par exemple, l'espérance de vie sans incapacité, qui mesure les années de vie vécues à divers degrés d'autonomie. Ainsi, un enfant (garçon ou fille) né en 1991 pourrait espérer vivre en moyenne 69 ans – soit près de 90 % de sa longévité totale – sans avoir à faire face à des problèmes de santé invalidants. L'information tirée d'autres indicateurs, tels que l'espérance de vie pondérée par la qualité de l'existence et l'espérance de vie en bonne santé, n'est pas complète et il n'existe pas de tendances à long terme.

Il reste que les données sur l'espérance de vie et d'autres indicateurs connexes n'évoluent pas très rapidement; aussi est-il peu probable qu'il y ait des changements sensibles d'une année à l'autre. Par exemple, de 1986 à 1991, l'espérance de vie sans incapacité a augmenté de 1,2 an chez les hommes et de 0,6 an chez les femmes.

Le taux comparatif de mortalité (TCM) est un autre indicateur utile de l'état de santé. C'est une mesure du taux de mortalité qui est rajustée pour tenir compte de la répartition de la

population selon l'âge. Le graphique 5.2 décrit l'évolution du TCM chez les hommes et les femmes sur une période d'environ 47 ans. On peut noter que le TCM pour les deux sexes s'est continuellement amélioré pendant cette période. Plus précisément, il est passé de 1 375 décès pour 100 000 hommes en 1950 à 848 décès en 1987, et de 1 089 décès pour 100 000 femmes en 1950 à 524 en 1987.

GRAPHIQUE 5.2
TAUX COMPARATIFS DE MORTALITÉ, TOUTES CAUSES CONFONDUES



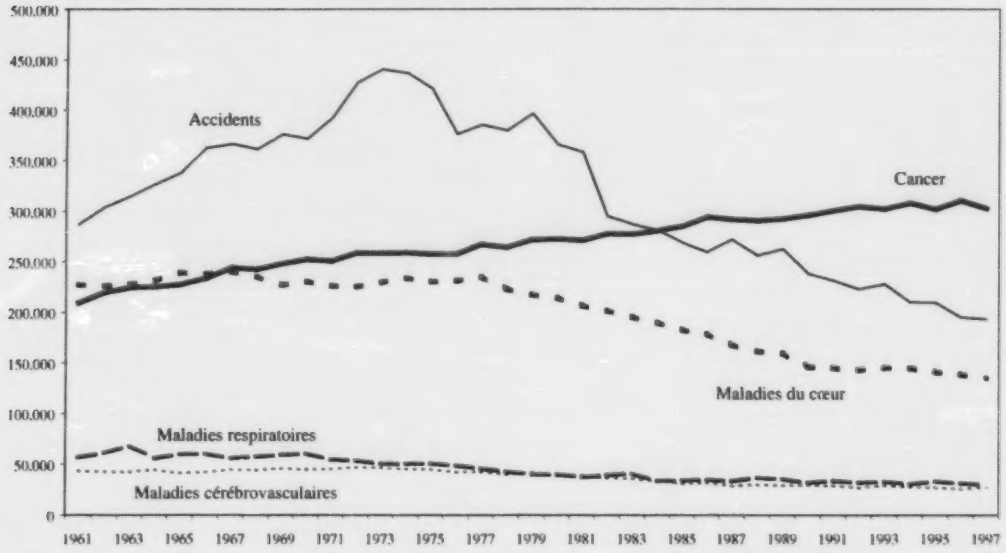
Source : Statistiques Canada, *Aoerçu des statistiques sur la santé*, no. 82F0075XCB au catalogue, 1999, et Bibliothèque du Parlement.

Un autre indicateur reconnu internationalement s'appelle « années potentielles de vie perdues » (ou APVP). Il mesure les années de vie perdues lorsqu'une personne meurt avant un âge donné, disons 75 ans. Une personne qui décède, par exemple, à l'âge de 25 ans a perdu 50 années de sa vie. L'indicateur APVP aide à identifier les causes des décès qui surviennent chez les personnes appartenant à des groupes d'âge plus jeunes et qui, en théorie, pourraient être prévenus ou retardés.

La tendance à long terme des APVP liées aux principales causes de décès est illustrée au graphique 5.3. En 1997, on a dénombré plus d'un million d'APVP, toutes causes confondues, les grandes responsables étant le cancer, les accidents et les maladies cardio-vasculaires. Comme le graphique l'indique, le cancer demeure la principale cause des APVP

depuis 1984 et est la seule cause importante en constante progression. Les APVP dues à des accidents ont considérablement diminué depuis 1979. De même, au cours des deux dernières décennies, on observe une baisse des APVP attribuables aux maladies cardio-vasculaires, aux maladies respiratoires et aux accidents cérébrovasculaires. Ces résultats laissent supposer que le Canada a réussi à réduire la mortalité précoce au cours des trente dernières années.

GRAPHIQUE 5.3
ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES,
SELON LA PRINCIPALE CAUSE



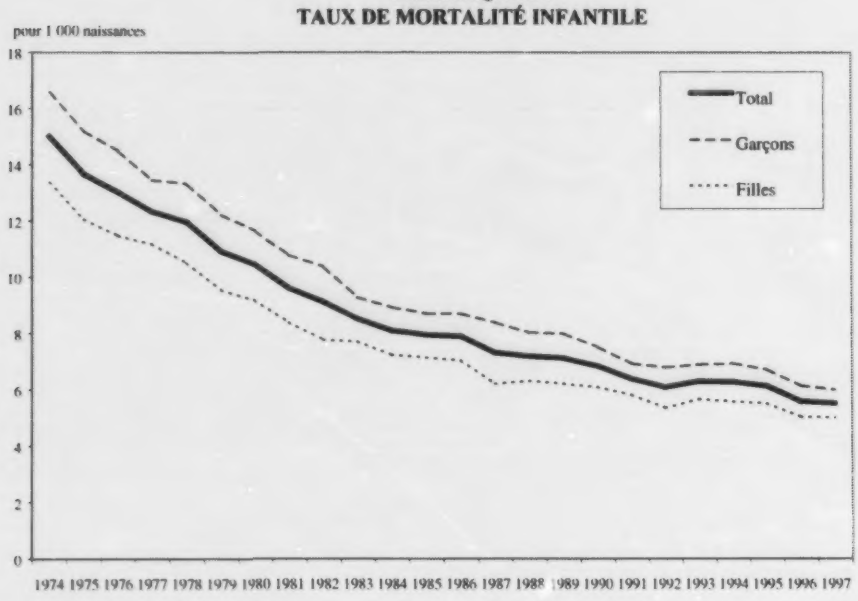
Source : Statistiques Canada, *Aperçu des statistiques sur la santé*, no. 82F0075XCB au catalogue, 1999, et Bibliothèque du Parlement.

La mortalité infantile est souvent utilisée comme un indicateur de base du développement social et économique. Le taux de mortalité infantile – bébés qui meurent au cours de la première année de leur vie – a sensiblement diminué au Canada au cours des 20 dernières années (voir graphique 5.4). En 1997, le taux de mortalité infantile était d'environ 6 décès pou 1 000 naissances, contre 15 pour 1 000 naissances en 1974.

Dans l'ensemble, l'état de santé des Canadiens s'est amélioré continuellement au cours des dernières décennies. Les Canadiens vivent plus longtemps, avec moins de limitations fonctionnelles à un âge avancé. Moins de bébés meurent pendant la première année de leur vie, et le nombre de décès prématurés dus aux principales causes, à l'exception du cancer,

continue de fléchir. Au regard de l'état de santé, quelle place occupe le Canada par rapport aux autres pays?

GRAPHIQUE 5.4
TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE

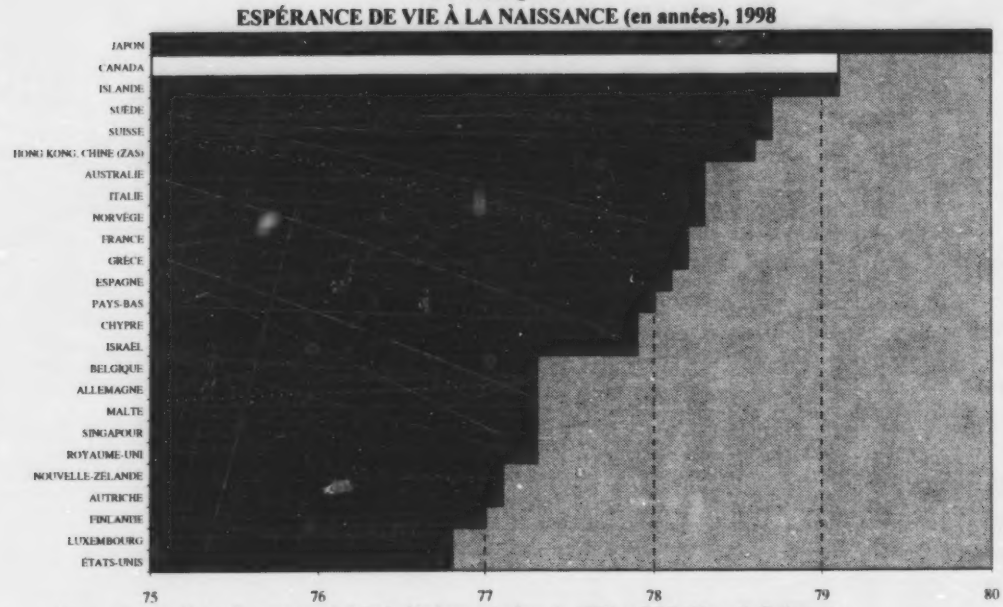


Source : Statistique Canada, *Aperçu des statistiques sur la santé*, no. 82F0075XCB au catalogue, 1999, et Bibliothèque du Parlement.

5.2 Comment le Canada se compare-t-il aux autres pays?

En 1998, l'espérance de vie à la naissance pour les Canadiens était de 79 ans. Le Canada se classait deuxième au chapitre de l'espérance de vie, juste derrière le Japon (80 ans), parmi les 25 pays affichant la plus longue espérance de vie (voir graphique 5.5). À titre de comparaison, les États-Unis occupaient la dernière position, à égalité avec le Luxembourg.

GRAPHIQUE 5.5
ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE (en années), 1998



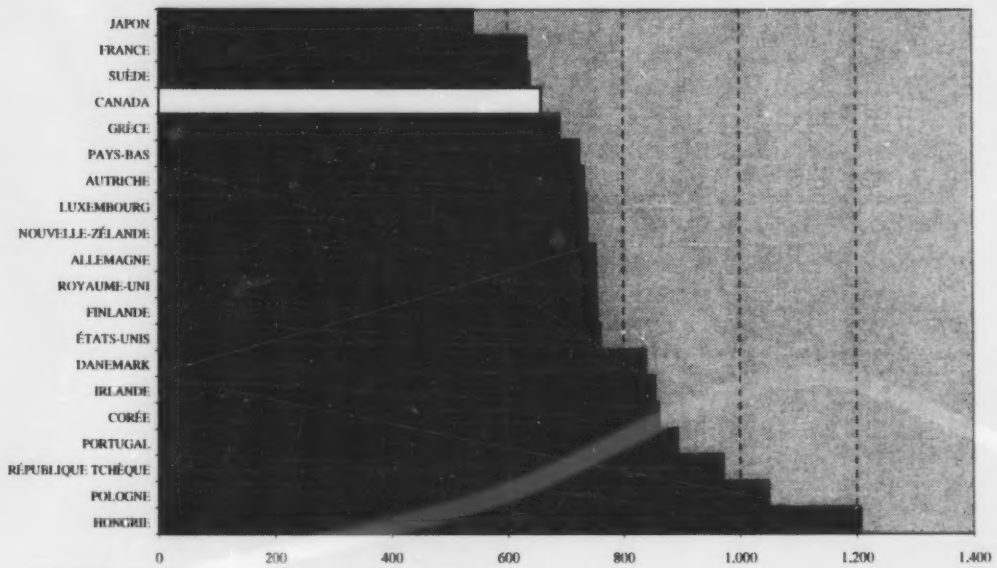
Source : Nations Unies, *Rapport mondial sur le développement humain*, 2000, et Bibliothèque du Parlement.

En ce qui concerne les taux comparatifs de mortalité, en 1996, le Canada arrivait au 4e rang parmi 20 pays de l'OCDE (voir graphique 5.6). Le Japon occupait la 1re place, suivi de la France et de la Suède . À titre de comparaison, l'Allemagne était au 10e rang, le Royaume-Uni au 11e et les États-Unis au 13e .

Par comparaison avec cinq autres pays industrialisés pour lesquels les données étaient connues, le Canada occupait, en ce qui a trait aux APVP pour 100 000 habitants, la 2e place pour les hommes et la 3e pour les femmes (voir graphique 5.7).

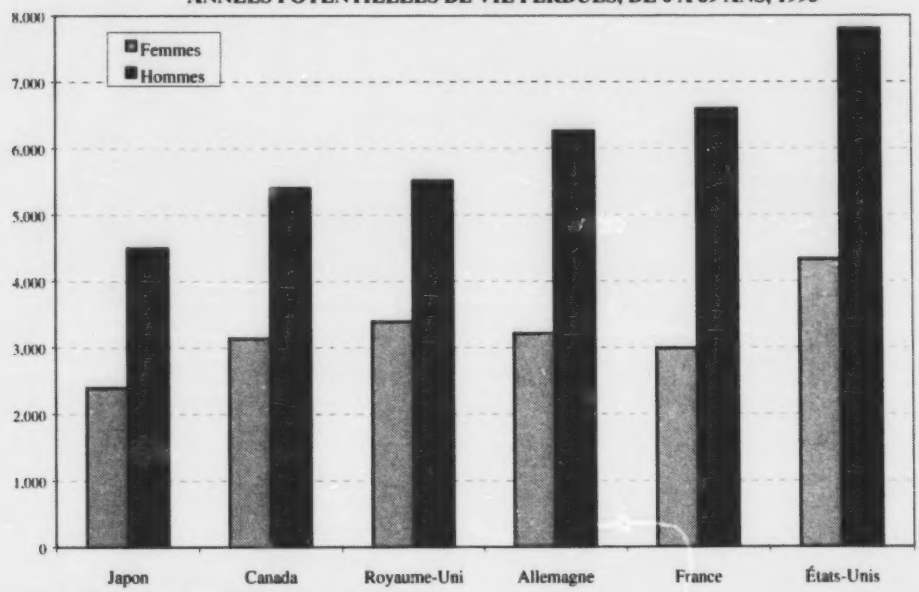
Comme au Canada, les taux de mortalité infantile ont chuté dans les autres pays industrialisés au cours des dernières décennies (voir graphique 5.8). En 1960, les taux variaient de 22 décès pour 1 000 naissances au Royaume-Uni à 44 décès pour 1 000 naissances en Italie. En 1996, les taux avaient chuté à 4 au Japon et à 7 aux États-Unis. Le taux de mortalité infantile au Canada est bien supérieur à celui du Japon, qui affiche le taux le plus faible au monde.

GRAPHIQUE 5.6
TAUX COMPARATIFS DE MORTALITÉ POUR 100 000 HABITANTS, 1996



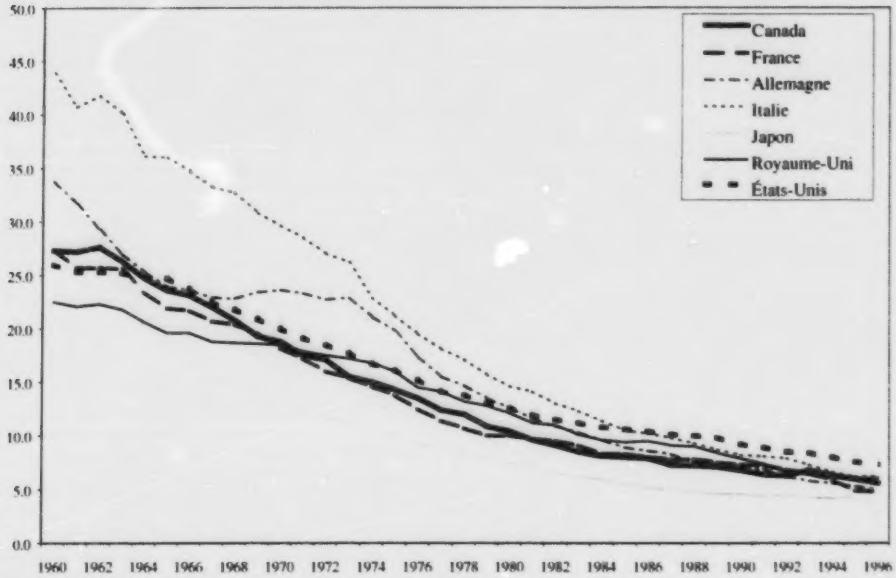
Source : Éco-santé OCDE 2000 et Bibliothèque du Parlement.

GRAPHIQUE 5.7
ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES, DE 0 À 69 ANS, 1996



Source : Éco-santé OCDE 2000 et Bibliothèque du Parlement.

GRAPHIQUE 5.8
TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE (DÉCÈS POUR MILLE NAISSANCES)



Source : Éco-santé OCDE 2000 et Bibliothèque du Parlement

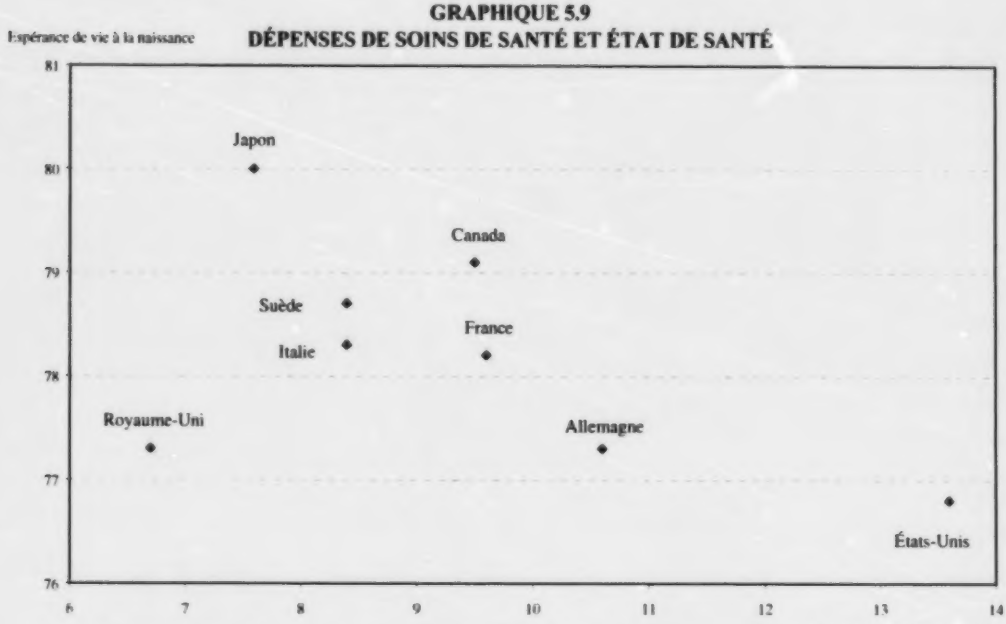
Dans l'ensemble, selon de multiples indicateurs de santé, les Canadiens jouissent d'un niveau de santé qui compte parmi les plus élevés au monde. Le Canada se classe deuxième au chapitre de l'espérance de vie, juste derrière le Japon. Les taux de mortalité des Canadiens figurent parmi les plus faibles des pays de l'OCDE, juste derrière ceux de la France, de la Suède et de l'Australie. Des pays industrialisés, le Canada affiche le deuxième taux de mortalité prématurée parmi les plus bas. Bien que le taux de mortalité infantile du Canada demeure supérieur à celui du Japon, il est bien inférieur à celui des États-Unis.

5.3 Dépenses de santé et état de santé

Étonnamment, peut-être, il n'existe pas de lien certain entre les dépenses de soins de santé d'un pays et l'état de santé de sa population (voir graphique 5.9). Par exemple, les Japonais jouissent de l'espérance de vie la plus longue; néanmoins, le Japon se classe à l'avant-dernier rang quant au ratio au PIB des dépenses de soins de santé. À l'opposé, les États-Unis arrivent en première place quant au ratio des dépenses de soins de santé-PIB, mais leur espérance de vie compte parmi les plus faibles et leur taux de mortalité infantile, parmi les

plus élevés. Par ailleurs, la Suède et l'Italie présentent des niveaux de dépenses de soins de santé similaires, mais l'espérance de vie de leur population respective diffère. En outre, le Canada consacre moins d'argent à ses services de santé que les États-Unis, mais l'état de santé général des Canadiens est bien meilleur.

GRAPHIQUE 5.9
DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ ET ÉTAT DE SANTÉ



Source : Éco-santé OCDE 2000, Nations Unies (2000), et Bibliothèque du Parlement.

Il ressort que les dépenses qu'un pays affecte aux soins de santé n'ont pas nécessairement pour effet d'améliorer l'état de santé de sa population. En d'autres termes, l'état de santé d'une population dépend de nombreux facteurs, et les soins de santé n'en sont qu'un.

5.4 Le concept de santé de la population

Il est clair que l'état du système de soins influe sur notre santé. Des services tels que la vaccination des enfants, les médicaments visant à réduire l'hypertension de même que la chirurgie cardiaque améliorent la santé et contribuent au bien-être. Toutefois, un bon système de soins de santé ne représente qu'un seul des nombreux facteurs qui aident à maintenir la population en santé. Le graphique 5.10 reproduit une figure préparée par

l'Institut canadien de recherches avancées, que l'on peut consulter sur le site Web de Santé Canada. Selon l'information présentée dans cette figure, seulement 25 % de la santé d'une population dépendent du système de soins de santé; les 75 % restants sont attribuables à des facteurs tels que le patrimoine biologique et génétique, l'environnement physique et les conditions socio-économiques.

GRAPHIQUE 5.10
ESTIMATION DE L'INCIDENCE DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ SUR L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

Source : Estimation de l'Institut canadien de recherches avancées; disponible sur le site Web de Santé Canada.

L'expression « santé de la population » sert à décrire la multiplicité et la gamme des facteurs qui influent sur la santé. L'expression « déterminants de la santé » est l'étiquette générale qu'on donne aux multiples facteurs qui, croit-on maintenant, contribuent à maintenir en santé la population. Même si on ne s'entend pas sur un ensemble définitif de déterminants de la santé ni sur leur importance relative, on est parvenu à un certain consensus au cours de la dernière décennie. La liste des déterminants de la santé présentée au tableau 5.1 a été fournie par Santé Canada. Il faut souligner que l'approche axée sur la santé de la population n'atténue pas les effets du système de soins de santé, elle ne fait qu'ajouter d'autres facteurs ou déterminants de la santé et tenir compte de l'interaction entre ces déterminants.

Contrairement à l'approche traditionnelle des soins de santé, centrée sur l'individu malade, les stratégies axées sur la santé de la population visent à améliorer la santé d'une population entière par des approches préventives généralisées qui tiennent compte des déterminants de la santé. Ces approches ont pour but de prévenir les problèmes de santé avant qu'ils ne se répercutent sur le système de soins de santé.

> *Chaque fois que l'on voit une personne qui reçoit des soins – je mets l'accent ici sur les soins primaires en particulier – il est essentiel de tenir compte du milieu d'où provient cette personne : c'est-à-dire les influences sociales, économiques, physiques et environnementales qui influent sur la vie de cette personne.*
>
> *Robert McMurtry, chaire G.D.W. Cameron, Santé Canada (8:24)*

Le concept de santé de la population n'est pas nouveau. En 1974[63], le ministre fédéral de la Santé de l'époque, l'honorable Marc Lalonde, a publié un document de travail intitulé *Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens.* On soutient dans ce document que la bonne santé n'est pas uniquement le résultat de soins médicaux. Par exemple, on avance que les changements dans les habitudes de vie ou dans les environnements sociaux et physiques amélioreraient probablement plus l'état de santé des Canadiens que si l'on consacrait davantage d'argent à la prestation de soins de santé. Le rapport définit quatre principaux déterminants de la santé : la biologie humaine, l'environnement, les habitudes de vie et l'organisation des soins de santé[64].

Le rapport qu'a publié Jake Epp en 1986, alors qu'il était ministre fédéral de la Santé, intitulé *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, a jeté un nouvel éclairage dans le domaine de la santé de la population en mettant l'accent sur les grands facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui influent sur la santé[65].

---

[63] Ce survol de l'évolution de l'approche axée sur la santé de la population au Canada se fonde sur un document intitulé *Initiatives sur la santé de la population canadienne*, qui a été fourni au comité par Santé Canada.

[64] Marc Lalonde, ministre de Santé et Bien-être social Canada, *Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens – Un document de travail*, Ottawa, avril 1974, p. 31.

[65] Jake Epp, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, Ottawa, 1986.

TABLEAU 5.1
PRINCIPAUX DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

PRINCIPAUX DÉTERMINANTS	POSTULATS
Revenu et situation sociale	**La santé s'améliore en proportion du revenu et de l'ascension dans la hiérarchie sociale.** Un revenu élevé détermine des conditions de vie telles que l'accès à un logement sécuritaire et la capacité d'acheter des aliments sains en quantité suffisante. Les sociétés prospères et dont les richesses sont équitablement partagées ont les populations les plus saines.
Réseaux de soutien social	**Le soutien offert par la famille, les amis et la collectivité est lié à une meilleure santé.** L'importance que l'on accorde à l'adoption de mesures efficaces à l'égard du stress et au soutien de la famille et des amis permet d'établir des relations d'affection et de solidarité qui aident à prévenir les problèmes de santé.
Éducation	**Plus le niveau d'instruction de la personne est élevé, plus elle jouit d'une meilleure santé.** L'éducation augmente les chances d'une personne d'assurer sa sécurité sur le plan financier et d'avoir une sécurité d'emploi, et permet un plus grand contrôle sur les circonstances de la vie – quelques-uns des déterminants clés de la santé.
Emploi et conditions de travail	**Le chômage, le sous-emploi et le travail stressant sont associés à une mauvaise santé.** Les personnes qui exercent davantage de contrôle sur leurs conditions de travail et qui sont moins exposées au stress lié à l'emploi jouissent d'une meilleure santé et souvent vivent plus longtemps que celles qui exercent un emploi et des activités plus stressants ou risqués.
Environnement sociaux	**L'ensemble des valeurs et des normes en vigueur dans une société influe de diverses façons sur les pratiques sanitaires des individus et de l'ensemble de la population.** En outre, la stabilité sociale, la reconnaissance de la diversité, la sécurité, de saines relations de travail et la cohésion de la famille et de la communauté forment un ensemble de conditions sociales favorables qui réduisent ou permettent d'éviter un grand nombre des risques pour la santé. Des études ont montré qu'un faible soutien affectif et une faible participation à la société sont associés à la mortalité attribuable à toute cause.
Environnements physiques	**Les aspects physiques de l'environnement naturel (comme la qualité de l'air et de l'eau) ont une profonde influence sur la santé.** Les éléments présents dans l'environnement créé par l'humain, tels que le logement, la sécurité en milieu de travail, l'aménagement de la collectivité et du réseau routier, exercent également une profonde influence.

Habitudes de vie et compétences d'adaptation personnelles	**Les environnements sociaux qui encouragent et appuient les bonnes décisions en matière de santé et les modes de vie sains, de même que les connaissances, les intentions, les attitudes et les habiletés d'adaptation qui favorisent l'adoption de comportements sains, sont des déterminants clés de la santé.** Les recherches portant sur les maladies du cœur et les problèmes touchant les enfants défavorisés indiquent que les processus biochimiques et physiologiques relient l'expérience socio-économique individuelle aux conditions vasculaires et à d'autres problèmes de santé.
Développement sain de l'enfance	**L'effet des expériences prénatales et des expériences vécues dans la petite enfance sur l'état de santé ultérieur, le bien-être, les habiletés à l'adaptation et les compétences est considérable.** Les enfants nés dans des familles à faible revenu ont plus de chances que ceux qui sont nés dans des familles à revenu élevé de souffrir d'une insuffisance pondérale, de manger des aliments moins nutritifs et d'avoir plus de difficultés à l'école.
Patrimoine biologique et génétique	**L'ensemble des caractères biologiques et organiques de base du corps humain est un déterminant fondamental de la santé.** Le patrimoine génétique prédispose la personne à toute une gamme de réactions qui ont une incidence sur l'état de santé. Même si les facteurs socio-économiques et environnementaux sont des déterminants importants de la santé en général, dans certaines circonstances, le patrimoine génétique prédispose certaines personnes à des maladies particulières ou à des problèmes de santé.
Services de santé	**Les services de santé, surtout ceux qui visent à maintenir et à promouvoir la santé ou à prévenir la maladie, contribuent à l'état de santé de la population.**
Sexes	**Le mot sexe fait ici référence à toute la gamme des rôles déterminés par la société, de traits de personnalité, d'attitudes, de comportements, de valeurs ainsi que de l'influence et du pouvoir relatifs que la société attribue aux deux sexes en les différenciant.** Les normes associées aux « sexes » influent sur les pratiques et les priorités du système de soins de santé. Un grand nombre de problèmes de santé sont fonction de la situation sociale ou des rôles des deux sexes. Les femmes par exemple sont plus vulnérables à l'agression sexuelle ou à la violence physique dirigée contre elles en tant que telles; elles sont aussi plus susceptibles de faire partie des familles à faible revenu, d'être monoparentales et d'être exposées à des risques et à des menaces pour la santé sexospécifiques (comme les accidents, les MTS, le suicide, le tabagisme, l'abus de substances psychoactives, les médicaments d'ordonnance, l'inactivité physique).

Culture	**Certaines personnes et certains groupes peuvent faire face à des risques additionnels pour leur santé à cause d'un milieu socio-économique déterminé dans une large mesure par des valeurs culturelles dominantes contribuant à perpétuer certaines conditions comme la marginalisation, la stigmatisation, la perte ou la dévaluation de la langue et de la culture, et le manque d'accès à des soins et à des services de santé adaptés à la culture du patient.**

Source : Santé Canada, Pour une compréhension commune : Une clarification des concepts clés de la santé de la population, *document de travail, décembre 1996, p. 15-16; Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens, Ottawa, 1994, p. 2-3.*

Le rapport Epp voyait la promotion de la santé comme un complément au système de soins de santé et comme un moyen de réduire les inégalités sur le plan de la santé entre les divers groupes socio-économiques; de prévenir la fréquence des blessures, les maladies, les conditions chroniques et les handicaps qui en résultent; et d'améliorer la capacité des gens à faire face aux maladies chroniques, aux handicaps et aux problèmes de santé mentale.

En 1989, l'Institut canadien de recherches avancées a soutenu que les déterminants individuels de la santé n'agissent pas isolément. Plutôt, c'est l'interaction complexe entre les divers déterminants qui peut avoir un effet beaucoup plus important sur la santé. Ces interactions peuvent aider à expliquer pourquoi certains groupes de Canadiens sont en meilleure santé que d'autres, en dépit du fait que tous les Canadiens ont un accès égal aux services de santé.

Cette perception nouvelle qui influe sur nos croyances en matière de santé tient au fait que, de plus en plus, nous comprenons que l'environnement dans lequel la personne vit et travaille pendant sa vie a des répercussions importantes sur la santé physique et mentale.

Dr J. Fraser Mustard, mémoire présenté au Comité, 22 mars 2000, p 7.

En 1994, l'approche axée sur la santé de la population a été officiellement entérinée par les ministres de la Santé des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux dans un rapport intitulé *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens*[66]. Ce rapport a résumé ce que l'on connaissait à l'époque des déterminants de la santé au sens large et défini le cadre qui sert de guide à l'élaboration des politiques et des stratégies centrées sur l'amélioration de la santé de la population.

[66] Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens*, Ottawa, 1994.

En 1997, le Forum national sur la santé a fait avancer la réflexion sur la question des déterminants de la santé. Ses participants ont souligné l'importance de travailler non seulement avec les ministères de la Santé, mais aussi avec différents secteurs, afin d'agir sur les déterminants de la santé. Ils ont proposé la mise sur pied d'un « Institut de la santé de la population » afin d'améliorer le processus décisionnel dans le domaine de la santé en donnant et en favorisant un point de vue axé sur la santé de la population dans la recherche et l'élaboration des politiques en matière de santé.

En réponse à la recommandation du Forum, le gouvernement fédéral a lancé en 1999 l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC). Établie sous l'égide de l'ICIS, l'initiative a pour but de réunir les chercheurs et les analystes du pays. Elle s'appuie sur les bases de données existantes et vise à créer une infrastructure statistique qui formera l'assise de la recherche sur la santé de la population. Grâce à ce projet, on pourra regrouper et analyser des données, établir des normes et des définitions pour ces dernières, diffuser des rapports publics sur l'état de santé général de la population et sur le rendement du système de soins de santé, et disposer d'un organisme-ressource pour l'élaboration et l'évaluation des politiques gouvernementales. Le premier conseil d'administration de l'ISPC a été annoncé le 3 février 2000. On procède actuellement à la mise au point d'un programme de recherche ainsi que de stratégies relatives à la diffusion et à la communication de l'information.

Encore une fois en 1999, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population a publié un rapport intitulé *L'action intersectorielle… Pour une population en santé*, qui soutient l'idée que l'amélioration de la santé, du bien-être et de la qualité de vie de la population requiert la participation de nombreux secteurs[67]. Selon ce rapport, l'action intersectorielle – la collaboration au sein des organisations et des secteurs, et aussi entre eux – fait appel à la participation du public et des gouvernements, du secteur bénévole, du secteur privé, des entreprises, des spécialistes et des consommateurs dans les domaines de la santé, de la justice, de l'éducation, des services sociaux, de la finance, de l'agriculture, de l'environnement, etc.

[67] Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *L'action intersectorielle… Pour une population en santé*, Ottawa, juin 1999.

Après la publication du deuxième rapport sur la santé de la population canadienne (septembre 2000), tous les ministres de la Santé, fédéral, provinciaux et territoriaux, ont convenu des priorités d'action suivantes à l'égard des conditions sous-jacentes de la bonne ou de la mauvaise santé des Canadiens :

- renouveler et réorienter le secteur de la santé;
- investir dans la santé et le bien-être de groupes clés de la population;
- améliorer la santé en réduisant les inégalités d'alphabétisation, d'instruction et de revenu.

5.5 Qu'est-ce qui fait que les Canadiens sont en bonne ou en mauvaise santé?

L'état de santé des Canadiens n'est pas uniforme. Notre système de soins de santé universel a donné un accès équitable aux services assurés, mais pas nécessairement une bonne santé pour tous. De multiples indicateurs montrent des écarts entre les riches et les pauvres qui ne peuvent s'expliquer uniquement par un accès inégal aux services de santé. Les disparités dans l'état de santé sont fonction de l'emplacement géographique, des facteurs démographiques, des conditions socio-économiques, des différences entre les sexes, etc.

> *Ce bon résultat général sur la santé des Canadiens ne doit cependant pas cacher certains éléments troublants, étant donné que ce ne sont certainement pas tous les Canadiens qui bénéficient de cette bonne santé. Les autochtones, en particulier, ont une espérance de vie qui est de cinq, sept ou 12 années inférieure, selon le critère utilisé. De toute façon, les gens des régions du Nord, des zones rurales et des zones urbaines à faibles revenus ont une espérance de vie remarquablement plus faible que les Canadiens plus prospères. Il y a donc des problèmes.*
>
> *Dr. John S. Millar, v.-p., Recherche et analyse, ICIS, 14:33.*

Un exemplaire du document intitulé *Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne* a été présenté au Comité[68]. Ce rapport détaillé fournit de l'information et des commentaires intéressants sur l'état de santé des Canadiens en utilisant l'approche axée sur la santé de la population. Il conclut notamment ce qui suit :

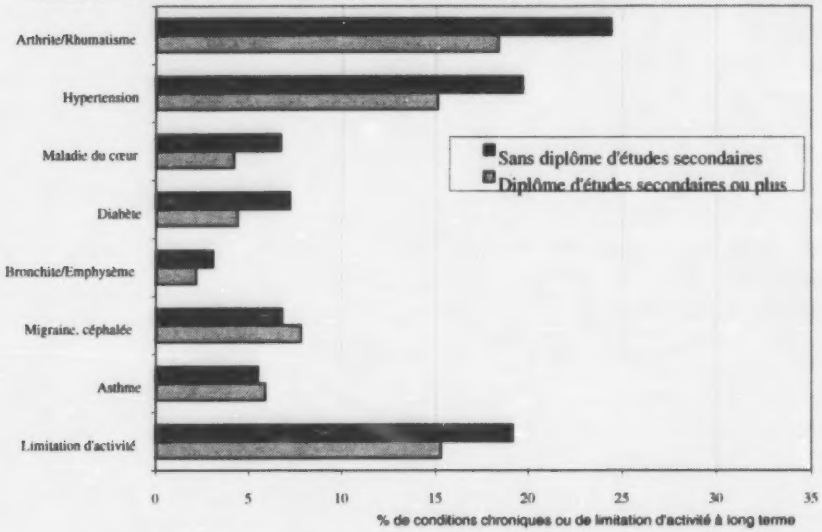
[68] Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Pour un avenir en santé – Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, 1999.

- Les Canadiens à faible revenu sont plus susceptibles de mourir prématurément et de souffrir de maladies que les Canadiens à revenu élevé.
- De grandes inégalités dans la répartition du revenu se traduisent par une augmentation des problèmes sociaux et une moins bonne santé au sein de la population dans son ensemble.
- Les Canadiens ayant de faibles capacités de lecture et d'écriture sont plus susceptibles d'être en chômage et de vivre dans la pauvreté, d'être en mauvaise santé et de mourir prématurément que les Canadiens qui jouissent de plus grandes capacités.
- Les Canadiens ayant un niveau de scolarité supérieur ont un meilleur accès à un environnement physique sain et sont mieux en mesure de préparer leurs enfants à l'école que les gens moins instruits. Ils ont aussi tendance à moins fumer, à être plus actifs physiquement et à avoir une alimentation plus saine.
- Les études en neurobiologie ont confirmé que les expériences vécues de la période de la conception jusqu'à l'âge de six ans ont le plus d'incidences sur le « réseautage » et le modelage des neurones du cerveau. La stimulation positive dans les premières étapes de la vie améliore les capacités d'apprentissage, les comportements et la santé jusqu'à l'âge adulte.
- Le vieillissement n'est pas synonyme de mauvaise santé. Une vie active et les occasions d'apprentissage tout au long de la vie peuvent être particulièrement importantes pour la conservation à un âge avancé d'un bon état de santé et des capacités cognitives.
- Malgré une réduction des taux de mortalité infantile, l'amélioration du niveau de scolarité et une diminution de l'abus de substances psychoactives dans bon nombre des collectivités autochtones, les membres des Premières nations et les Inuits sont plus susceptibles de contracter des maladies et de mourir prématurément que la population canadienne dans son ensemble.
- Les hommes sont plus susceptibles que les femmes de mourir prématurément des suites d'une maladie du cœur, de blessures non intentionnelles mortelles, du cancer et du suicide. Les femmes sont plus susceptibles de souffrir de dépression, d'un trop grand stress, de conditions chroniques ainsi que de blessures résultant de la violence familiale pouvant aussi entraîner la mort.
- Les Canadiens plus âgés sont de loin plus susceptibles que les plus jeunes de souffrir de maladies physiques, mais les membres des groupes d'âge plus jeunes affichent les plus bas niveaux de bien-être psychologique.

Selon une récente étude réalisée par Statistique Canada, les conditions chroniques et les limitations d'activité sont plus fréquentes chez les personnes âgées de 45 à 64 ans ayant un niveau de scolarité et de revenu inférieur. En 1998-1999, des maladies tels l'arthrite ou le rhumatisme, l'hypertension, la cardiopathie, le diabète, la bronchite ou l'emphysème et les limitations d'activité étaient plus souvent répandues chez les personnes sans diplôme secondaire (voir graphique 5.11). Ces conditions, ainsi que l'asthme, les migraines et les céphalées, étaient également plus répandues chez les personnes à revenu faible ou moyen-inférieur que chez celles disposant d'un revenu plus élevé (voir graphique 5.12).

GRAPHIQUE 5.11

PRÉVALENCE DES CONDITIONS CHRONIQUES OU DES LIMITATIONS D'ACTIVITÉ À LONG TERME SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION, POPULATION ÂGÉE DE 45 À 64 ANS, CANADA, À L'EXCLUSION DES TERRITOIRES, 1998-1999

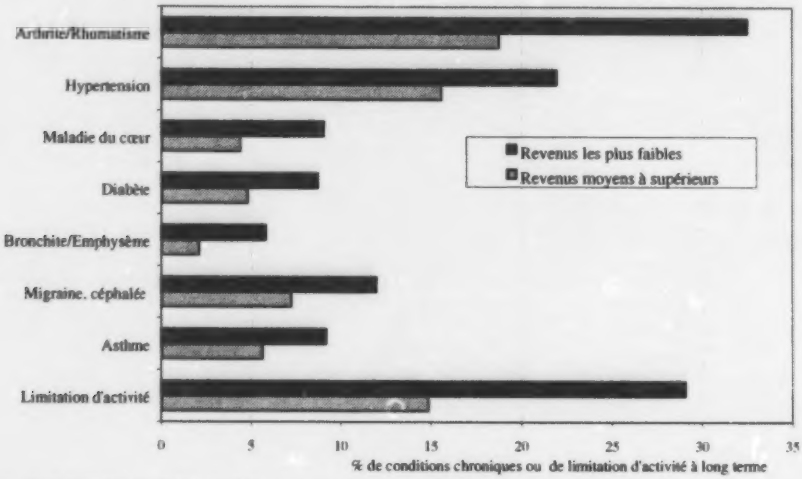


Source : Statistique Canada, "L'âge mur", *Rapports sur la santé*, no. 82-003 au catalogue, hiver 1999, vol. 11, no. 3.

On constate également des écarts importants dans les taux de mortalité infantile entre les différentes catégories de revenu. Statistique Canada signale que les taux de mortalité infantile sont plus élevés en milieu urbain très défavorisé et plus faibles en milieu urbain très favorisé. Le graphique 5.13 révèle que, même si l'écart observé s'est rétréci, le taux de mortalité infantile relevé en 1996 dans les régions les plus défavorisées du Canada (6,5 pour 1 000) était encore supérieur des deux tiers à celui des régions les plus favorisées (3,9 pour 1 000). Selon Statistique Canada, si le taux pour l'ensemble du Canada avait été aussi faible que celui

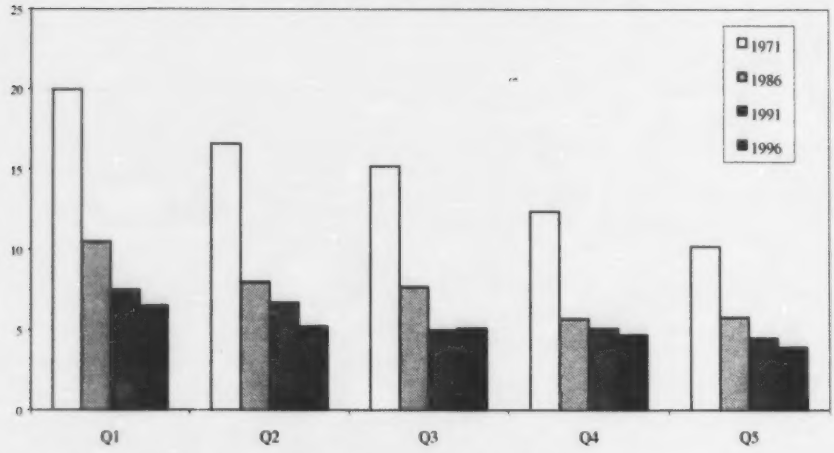
des régions les plus favorisées, le nombre de décès au cours de la première année de vie aurait été inférieur de 500 en 1996[69].

GRAPHIQUE 5.12
PRÉVALENCE DE CONDITIONS CHRONIQUES OU DE LIMITATION D'ACTIVITÉ À LONG TERME SELON LE REVENU, POPULATION AGÉE DE 45 À 64, CANADA À L'EXCLUSION DES TERRITOIRES, 1998-1999



Source : Statistique Canada. "L'âge mur" *Rapports sur la santé*, no. 82-003 au catalogue. Hiver 1999. Vol. 11. No. 3.

GRAPHIQUE 5.13
TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE PAR QUINTILE DE REVENU SELON LES QUARTIERS, RÉGIONS URBAINES DU CANADA



Source : Statistique Canada. "État de santé des enfants", *Rapports sur la santé*, no. 82-003 au catalogue. Hiver 1999. Vol. 11. no. 3.

[69] Statistique Canada, « État de santé des enfants », *Rapports sur la santé*, n° 82-003 au catalogue, hiver 1999, vol. 11, n° 3.

5.6 Commentaires du Comité

Bien que de nombreux Canadiens jouissent de niveaux de santé élevés et que, à la lumière de la plupart des principaux indicateurs de santé, le Canada occupe une position bien supérieure à celle d'autres pays, il y a certainement matière à amélioration. On relève des disparités en matière de santé qui sont liées à l'âge, aux conditions socio-économiques, au sexe, etc. De nombreux témoins ont déclaré au Comité qu'il est impératif de réduire ces disparités si l'on veut améliorer l'état de santé général des Canadiens. À leur avis, la seule solution est une approche globale axée sur la santé de la population.

Les témoins ont également souligné le fait qu'il est nécessaire de mieux comprendre les liens entre l'état de santé et ses différents déterminants. Nous ignorons comment les variations des dépenses de soins de santé se répercutent sur la santé d'une population. Nous sommes peu au courant de l'incidence d'autres politiques publiques sur l'état de santé, comme un récent rapport l'a fait ressortir :

> Notre compréhension des facteurs qui touchent la santé à moyen et à long terme est encore bien fragmentaire. Par exemple, on ignore l'efficacité à long terme de procédures ou d'interventions qui, parfois, se font concurrence – telles qu'un pontage et l'angioplastie percutanée transluminale. Dans le cas du cancer de la prostate, quels sont les mérites respectifs de la chimiothérapie, de la chirurgie et de la simple attente à des fins d'observation? Comment les interventions à caractère psychologique modifient-elles les résultats? Quels risques pour la santé présentent différents métiers et professions? Quels sont les effets à long terme de nombreux risques environnementaux? Dans quelle mesure, si mesure il y a, les dispositions relatives à « l'égalité d'accès » contenues dans la *Loi canadienne sur la santé* profitent-elles aux personnes à faible revenu ou peu scolarisées[71]?

Dans son témoignage, Sholom Glouberman a soulevé la question suivante : étant donné que les soins de santé ne sont qu'un facteur parmi tant d'autres déterminants de la santé, quel rôle les ministres de la Santé peuvent-ils ou devraient-ils jouer dans l'établissement de stratégies axées sur la santé de la population? Précisément, il a mentionné ce qui suit au Comité :

> Le ministère de la Santé se trouve devant un dilemme, étant donné que les principaux facteurs qui favorisent la santé ne sont pas du domaine de la santé. Il s'agit plutôt du statut social, du contrôle sur le travail et du niveau d'instruction, des domaines sur lesquels le ministère de la Santé n'exerce aucun pouvoir. S'il en assume la responsabilité, les autres ministères risquent de le considérer comme un « impérialiste de la santé ». Comment résoudre ce genre de problèmes[71]?

Puisque de multiples facteurs déterminent l'état de santé d'une population, la collaboration et l'action intersectorielle deviennent de toute évidence nécessaires. Selon Marc Lalonde, le ministre fédéral de la Santé doit agir comme chef de file. Il faut aussi, selon lui, de nouvelles initiatives susceptibles d'améliorer la santé de la population canadienne, en particulier dans les domaines touchant la promotion de la santé et la prévention de la maladie :

> Nous avons besoin d'un type d'action dont le ministre de la Santé peut être le chef de file, mais il ne peut être le seul acteur. Ce doit être une action collective du gouvernement, car dans presque tous les cas plusieurs ministères sont mis en jeu. Le coût n'est pas un problème. Un programme d'éducation publique sur l'obésité, par exemple, a un coût insignifiant comparé au budget de la santé. Ce qu'il faut, c'est la volonté de mettre en place des programmes et de les maintenir[72].

---

[70] Comité consultatif sur l'infostructure de la santé, *Voies vers une meilleure santé : Rapport final*, Ottawa, février 1999, p. 4-1.
[71] Sholom Glouberman (9:9).
[72] L'hon. Marc Lalonde (15:15).

CHAPITRE SIX

MYTHES ET RÉALITÉS

> *D'après les faits, et comparativement à d'autres systèmes, notre système de soins, pour ce qui est de la santé des canadiens, n'est pas véritablement en situation de crise. Cependant, d'après l'image que nous en avons, la situation est critique. ... La crise est attibuable en partie aux mythes, aux croyances et aux valeurs liés aux soins de santé.*
>
> *Dr J. Fraser Mustard, Mémoire au Comité, p. 1*

Le débat qui entoure actuellement le système de soins de santé du Canada est source d'une grande confusion. En effet, il est alimenté par des faits autant que par de fausses conceptions ou des idées erronées quant à la santé, aux soins de santé, au financement des soins et aux coûts des soins de santé. Ce débat est toutefois important, car il prépare le terrain des réformes de demain. Le Comité croit donc qu'il importe, pour éclairer le débat et l'étayer par des faits, de mettre en perspective un certains nombre d'arguments. Dans les sections qui suivent, nous présentons quelques-unes des notions les plus courantes ainsi qu'une courte analyse de celles-ci, afin de distinguer entre mythe et réalité. Nous espérons que cet exposé contribuera à une meilleure compréhension des enjeux fondamentaux des soins de santé.

6.1 Mythes entourant l'escalade des coûts des soins de santé

Mythe : La cause la plus importante de la hausse des dépenses en soins de santé est liée à l'augmentation des besoins des Canadiens âgés.

Réalité : Les personnes de 65 ans et plus recourent davantage, en moyenne, aux services de santé que leurs cadettes. Cela dit, le vieillissement de la population n'est qu'un facteur parmi d'autres qui contribuent à la hausse des coûts des soins de santé. L'augmentation des dépenses dans le secteur des soins de santé tient à un mélange complexe de facteurs liés autant à la demande qu'à l'offre.

Les coûts des services de santé sont aussi influencés par d'autres déterminants, comme le recours aux nouvelles technologies, le coût des nouveaux médicaments, les besoins

changeants et les attentes du consommateur, et l'apparition de nouvelles maladies ou de nouvelles manifestations de maladies (p. ex. nouvelles souches de bactéries, retour en force de certaines maladies, telles que la tuberculose, les effets du réchauffement climatique sur la santé, le SIDA). Tous ces facteurs ont eu un effet important sur les coûts des soins de santé.

Quoiqu'il soit difficile de cerner ou de quantifier précisément l'incidence de chaque facteur, certains chiffres ont été mis à la disposition du Comité. Ainsi, selon le Dr Robert McMurtry, la croissance annuelle des dépenses en soins de santé attribuable au vieillissement est d'environ 4,8 %. Il s'attend à ce que le pourcentage augmente de 0,6 % par an au cours des dix prochaines années[73]. Par ailleurs, dans une étude de l'OCDE parue en 1995, on indique qu'environ la moitié de la hausse des dépenses en soins de santé dans les pays de l'OCDE entre 1960 et 1990 pourrait être attribuée à des facteurs tels que les progrès technologiques, la multiplication de la main-d'œuvre et des installations de santé et la majoration du prix réel des intrants des soins de santé[74].

Mythe : Il y a une escalade incontrôlée des dépenses en soins de santé au Canada.

Réalité : Comme nous l'avons dit au chapitre 4, il importe de soustraire l'effet de l'inflation pour pouvoir dégager les tendances à long terme en ce qui a trait aux dépenses de soins de santé. En effet, le dollar d'aujourd'hui n'équivaut pas à celui de 1975. Les données doivent être également pondérées selon la taille de la population.

> *La notion qu'elle a accentuée, à savoir que les coûts des soins de santé sont extrêmement élevés était un mythe, mérite d'être répétée. (...) Durant les années 90, nous consacrions 10 p. 100 de notre PIB aux soins de santé. D'après les données statistiques annuelles les plus récentes, ce chiffre n'est plus que de 8,9 p. 100. Selon les projections pour 1998 et 1999, il devrait remonter pour atteindre environ 9,1 p. 100, soit bien en deçà de ce qu'il était auparavant.*
>
> *Dr Robert McMurtry,*
> *(8:20-21)*

Les dépenses en soins de santé par habitant, en dollars constants de 1992, ont bel et bien augmenté entre 1975 et le début des années 90, mais ont ensuite légèrement diminué entre 1992 et 1996. De même, le ratio des dépenses en santé au PIB, qui a augmenté durant la majeure partie des

[73] Dr Robert McMurtry (8:17).
[74] Howard Oxley et Maitland MacFarlan, *Health Care Reform: Controlling Spending and Increasing Efficiency*, Documents de travail du Service d'études économiques nº 149, OCDE, Paris, 1995.

années 70 jusqu'au début des années 90, a régulièrement fléchi entre 1992 et 1997. Le Canada a donc réussi à maîtriser ses dépenses totales en soins de santé au cours des dix dernières années.

Mythe : Le vieillissement de la population accaparera demain beaucoup plus de ressources des budgets de soins de santé que ce n'est le cas aujourd'hui.

Réalité : Comme nous l'avons indiqué plus haut, le cap des 65 ans marque, statistiquement parlant, une hausse des dépenses en soins de santé par habitant. Cela dit, la croissance annuelle des dépenses en soins de santé imputable au vieillissement est estimée à moins de 5 %. En outre, les Canadiens vivent de plus en plus longtemps et en meilleure santé. C'est donc dire que l'incidence prévue du vieillissement de la population doit peut-être être réévaluée. Alors qu'il est sage de garder l'œil sur les coûts associés au vieillissement, le véritable enjeu économique en matière de soins de santé réside ailleurs : il s'agit des soins de santé dispensés lors des six derniers mois de la vie d'une personne, peu importe son âge. Les coûts des soins médicaux montent en flèche lorsque la vie d'une personne tire à sa fin. La conclusion est claire : les coûts des soins de santé sont moins influencés par le vieillissement de la population que par la croissance démographique.

> *Il est clair que nous vivons plus longtemps. La corollaire de cette proposition est celle-ci: vivons-nous plus longtemps en meilleure santé ou non? Si nous vivons en meilleure santé, nous devrions nous attendre à ce que les coûts n'augmentent pas nécessairement avec le vieillissement. Les premières données démographiques publiées assez récemment par Statistique Canada montrent que nous vivons en fait à la fois plus longtemps et en meilleure santé. En conséquence, l'incidence prévisible sur le système de soins de santé ne sera pas nécessairement aussi forte qu'on a pu le penser.*
>
> *Dr. John S. Millar, ICIS (14:39)*

6.2 Mythes entourant le financement public

Mythe : Le système de soins de santé canadien est entièrement financé par le secteur public.

Réalité : C'est faux! Selon les données de l'ICIS, 71 % des dépenses totales de santé en 2000 ont été imputées au secteur public, alors que 29 % ont été payées par le secteur privé.

Comme nous l'avons vu au graphique 4.7, le secteur public est la principale source de financement au chapitre de la santé publique (100 %), des soins hospitaliers (91 % et des services de médecins (99 %). Le privé intervient lorsqu'il s'agit d'éléments incomplètement visés par la *Loi canadienne sur la santé* (médicaments d'ordonnance, soins dentaires, soins de la vue, soins à domicile, etc.).

Mythe : Le seul problème est un manque d'argent. Si le gouvernement fédéral rétablissait les anciens niveaux de financement, les problèmes qui accablent le système de soins de santé seraient réglés.

Réalité : Bien qu'une injection supplémentaire de fonds publics puisse aider à résoudre les problèmes immédiats – longues listes d'attente, congestion des salles d'urgence, etc. – les témoins ont tous souligné l'importance de la stabilité et de la prévisibilité du financement fédéral. Dans la foulée de l'entente fédérale-provinciale sur le renouvellement des soins de santé, conclue le 11 septembre 2000, le gouvernement fédéral a adopté le projet de loi C-45, qui prévoit le versement de quelque 21 milliards de dollars en transferts monétaires supplémentaires au cours des cinq prochaines années. Selon lui, ce nouvel investissement assurera un financement stable, prévisible et croissant au titre du TCSPS.

Cela dit, de nombreux comités spéciaux et commissions ont eu pour tâche, au cours des dernières années, d'ausculter le système de soins de santé du Canada et de certaines provinces. Leurs conclusions ont été on ne peut plus claires : les problèmes que connaît notre système de soins de santé actuel ne seraient pas résolus même si les niveaux de financement d'hier étaient rétablis.

Au contraire, sans une nouvelle vision de ce que devrait être le futur système de soins de santé canadien, on courrait le risque de voir les nouvelles sommes investies exclusivement dans des secteurs traditionnellement financés par le secteur public (p. ex. les soins en hôpital ou en établissement de santé). Les témoins ont affirmé qu'avant de consacrer de nouveaux deniers publics aux soins de santé, il faut se poser trois questions essentielles : 1) Que sommes-nous prêts à sacrifier dans d'autres secteurs pour voir augmenter les investissements

en soins de santé? 2) Quel serait le rendement de notre investissement accru en soins de santé? 3) Quel est le meilleur équilibre entre la prévention et le traitement? En d'autres termes, l'affectation de ressources financières publiques limitées suppose certains compromis :

> Plus on consacre d'argent au secteur de la santé, et vous savez que celui-ci représente aujourd'hui jusqu'à 40 p. 100 du budget de certaines provinces, moins on a d'argent pour d'autres choses comme les soins à la petite enfance. Il y a donc toujours un compromis à faire entre tous les besoins[75].

> [...] Tous reconnaissent que sans croissance économique, il est inutile d'accroître le financement du régime de soins de santé. L'argent ainsi investi ne pourrait être dépensé ailleurs, par exemple dans l'enseignement, le soutien du revenu, la création d'emplois, et cetera[76].

> [...] on essaie en quelque sorte de faire un compromis entre toutes ces notions. Nous essayons également, je présume, de tenir compte du fait que d'autres priorités en matière de dépenses ont tout autant d'importance. La santé est importante pour l'avenir du pays mais l'enseignement secondaire, la recherche et l'innovation aussi. Ils sont essentiels au développement de notre pays[77].

6.3 Mythes entourant la *Loi canadienne sur la santé*

Mythe : La *Loi canadienne sur la santé* assure la prestation gratuite, partout au pays, des mêmes services de santé.

Réalité : Les services de santé régis par la *Loi canadienne sur la santé* sont déterminés selon le principe de la « nécessité médicale », qui relève du critère d'intégralité. Selon ce principe, tous les services nécessaires sur le plan médical fournis par les hôpitaux et les médecins doivent être assurés par les régimes

> *[...] en vertu [du] critère [d'] intégralité de la LCS, les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-santé doivent assurer tous les services de santé médicalement nécessaires fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes, aux personnes admissibles de la province ou du territoire. [...] la nécessité médicale n'est pas définie dans la loi et [...] c'est une question qui fait l'objet de négociations et qui peut susciter des divergences d'une province à l'autre.*
>
> *Abby Hoffman, Santé Canada (13:13).*

[75] Dr. John S. Millar (14:49).
[76] Professeure Colleen Flood, University of Toronto (14:18-19).

provinciaux d'assurance-santé. Il appartient à chaque gouvernement provincial, en collaboration avec la collectivité médicale, de déterminer quels services répondent à l'exigence de la « nécessité médicale ».

Lors de sa présentation, la professeure Raisa Deber a expliqué que la *Loi* accorde une importante marge de manœuvre, puisque les provinces, tenues de respecter la définition minimale des soins assurés, sont toutefois libres d'en déborder. Elle souligne que le critère d'intégralité impose une norme minimale et non pas maximale. Au fil des ans, les provinces ont élargi l'éventail des services couverts par leur régime public, mais elles ne l'ont pas fait de façon uniforme. Cela a eu pour effet de faire varier considérablement la couverture publique des services de santé d'une province à l'autre. Frank Fedyk, directeur intérimaire de la Division de la conformité à la Loi canadienne sur la santé de Santé Canada, a déclaré ceci :

> Beaucoup de provinces ont des programmes de soins à domicile ou [de soins communautaires], mais c'est très inégal[78][...].

> Les programmes de soins palliatifs au Canada franchissent diverses étapes de développement, comme c'est le cas des autres services de santé à domicile. Certains sont très avancés et comprennent des visites à domicile du médecin, de l'infirmière et d'autres professionnels de la santé. Malheureusement cette évolution varie en effet d'une province à l'autre, et ces programmes ne sont pas visés par la loi fédérale. Par conséquent, on se retrouve avec une mosaïque, et il n'existe pas de normes nationales[79].

Par ailleurs, la plupart des provinces ont désassuré certains services auparavant couverts sous leur régime public d'assurance-santé. Cela a contribué à élargir le fossé de la couverture publique entre les provinces. On trouve au tableau 6.1 une liste de quelques services de santé désassurés. Ainsi, l'enlèvement des verrues n'est plus couvert en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick, en Ontario, au Manitoba, en Alberta, en Saskatchewan ni en Colombie-Britannique, alors qu'il est toujours financé par le régime public à Terre-Neuve, au Québec et à l'Île-du-Prince-Édouard. De plus, la protection varie considérablement dans le domaine des soins génésiques. Tandis que la gastroplastie est couverte par l'assurance-santé

[77] Guillaume Bissonnette (17:6).
[78] Frank Fedyk (13:14).
[79] Frank Fedyk, (13:21).

dans la plupart des provinces, elle ne l'est pas au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse ni au Yukon. Les habitants de ces provinces doivent donc payer de leur poche cette intervention chirurgicale.

TABLEAU 6.1
SERVICES DE SANTÉ DÉSASSURÉS, PAR PROVINCE

SERVICE (1)	**PROVINCE**
Circoncision du nouveau-né	T.-N., Î.-P.-É., N.-É., N.-B., ONT., ALB., YK
Excision du xanthélasma (enlèvement d'amas de gras sur les paupières)	T.-N., N.-É., ONT.
Hypnothérapie	T.-N.
Extraction de dents enclavées	T.-N.
Otoplastie	T.-N., Î.-P.-É., N.-B., ONT., ALB.
Gastroplastie	N.-B., N.-É., YK
Détatouage	SASK., MAN., ONT.
Reperméabilisation tubaire	Î.-P.-É., N.-B., ONT., MAN., SASK., ALB., YK (service non assuré en N.-É. et en C.-B.)
Prothèses péniennes	N.-É., ONT., SASK.
Psychanalyse	MAN., QC
Examen de la vue (pour les gens âgés de 19 à 64 ans)	Î.-P.-É., N.-É., N.-B., QC, MAN., SASK., ALB.
Enlèvement de verrues ou de lésions cutanées bénignes	N.-É., N.-B., ONT., MAN., ALB., SASK., C.-B.
Deuxième examen ultrasonore ou examen ultrasonore subséquent lors d'une grossesse non complexe	N.-É., C.-B.
Fécondation in vitro	ONT., MAN. (service non assuré à T.-N., en N.-É. et dans les T.N.-O.)
Traitement sclérosant simple (traitement des varices)	QC, ONT., MAN. (service non assuré en N.-É.)
Insémination artificielle/intrautérine	N.-É., N.-B. (service non assuré en ALB.)
Évacuation de cérumen	N.-É.
Anesthésie associée à un service non assuré	N.-B., SASK., ALB.
Services chiropratiques	SASK.
Épilation des poils du visage	Î.-P.-É., ONT.
Réfraction oculaire	T.-N., SASK.
Chirurgie esthétique	ALB. (service non assuré à T.-N., en N.-É., à l'Î.-P.-É., au N.-B., au QC, au MAN., en SASK., en C.-B., au YK et dans les T.N.-O.)
Chirurgie de réduction/d'augmentation mammaire	N.-É., N.-B., ONT., C.-B.

(1) Sous réserve de certaines exceptions.Source : Santé Canada, Insured Services De-insured From 1990 by Province/Territory, *cahier d'information préparé pour le Comité, section 12, février 2000.*

Mythe : La *Loi canadienne sur la santé* interdit la participation du secteur privé à la prestation des services de santé.

Réalité : Le critère relatif à l'administration publique de la *Loi canadienne sur la santé* porte sur l'administration des régimes d'assurance provinciaux pour les services médicalement nécessaires et non sur la prestation des services de santé assurés. On y stipule que les régimes d'assurance-santé provinciaux doivent être administrés par un organisme public sans but lucratif. Dans la même veine, les régimes d'assurance privés ne peuvent pas couvrir des services assurés par le régime public. La *Loi* n'empêche toutefois pas les assureurs privés d'étoffer la couverture des régimes d'assurance-santé provinciaux. Les régimes privés peuvent servir à assurer – et, de fait, assurent – tout service qui n'est pas couvert ou qui n'est que partiellement couvert par les régimes publics (médicaments d'ordonnance obtenus ailleurs que dans un hôpital, chambres privées ou semi-privées, soins dentaires, soins de la vue, appareils et accessoires fonctionnels, services d'ambulance, soins de longue durée, chiropraxie, chirurgie esthétique, etc.).

Tous les médecins qui perçoivent des honoraires peuvent donc être perçus comme des prestataires privés de soins de santé. De plus, il y a les organismes caritatifs, à but non lucratif. La confusion tient en partie au fait qu'au Canada, nous utilisons le terme « hôpital public » pour parler d'organismes privés. Les choses deviennent compliquées, parce que dès qu'on se prononce contre les « hôpitaux publics », on se heurte à la rigidité des fonctionnaires. Or, il ne s'agit pas de fonctionnaires, puisque ce sont des employés qui travaillent pour des hôpitaux à but non lucratif. Il n'y a pas tellement de raisons inhérentes pour qu'ils ne réalisent pas le même rendement que les organismes à but lucratif et pour qu'ils ne rapportent pas des gains aux actionnaires.

Professeure Raisa Deber, University of Toronto (8:16)

En outre, la *Loi canadienne sur la santé* n'interdit pas aux fournisseurs de services de santé privés de dispenser des soins assurés par la province et d'être remboursés pour ces soins, pour autant qu'il n'y ait aucune surfacturation ni aucuns frais modérateurs. En fait, la plupart des médecins sont des praticiens d'exercice privé qui œuvrent indépendamment ou collectivement. Les praticiens d'exercice privé sont habituellement rémunérés à l'acte et réclament leurs honoraires directement auprès du régime d'assurance-santé provincial. Les médecins qui exercent dans d'autres milieux peuvent

aussi être rémunérés à l'acte, bien qu'habituellement ils reçoivent un salaire ou soient rémunérés selon un autre barème de paiement[80].

De même, plus de 95 % des hôpitaux canadiens sont administrés par des entités à but non lucratif dirigées par des conseils d'administration communautaires, des organismes bénévoles ou des municipalités. Le secteur hospitalier à but lucratif regroupe la plupart des établissements de soins de longue durée et les services spécialisés tels que les centres de désintoxication[81].

Nous savons qu'il existe des hôpitaux à but lucratif dans certaines provinces. Nous pensons par exemple à l'hôpital Shouldice en Ontario, établissement privé à but lucratif, protégé par une clause d'antériorité au moment de l'adoption du régime d'assurance-santé provincial. Les frais de ce genre d'établissements sont réglementés afin de réduire le risque de surfacturation des patients. Toutefois, le projet de loi 11 de l'Alberta, promulgué plus tôt dans l'année, permet la perception de frais par les établissements chirurgicaux privés à but lucratif offrant des services « à valeur ajoutée » obtenus en conjugaison avec des services assurés.

Le véritable débat au chapitre de la prestation de soins de santé ne repose pas sur le rôle du secteur privé, mais plutôt sur la distinction entre fournisseur de soins sans but lucratif et fournisseur à but lucratif.

Mythe : Le système de soins de santé du Canada – ou le régime d'assurance-santé – pourrait être administré aussi bien par le secteur privé que par le secteur public.

Réalité : La maladie constitue un impondérable. La demande en soins de santé est par conséquent imprévisible. Pour remédier à cette situation, l'assurance est la solution idéale. Le Canada a opté pour un système d'assurance-santé public plutôt que privé. Nos pas ont été guidés en partie par les échecs du marché. Par exemple, les sociétés d'assurance privées pourraient refuser d'assurer des clients vulnérables ou leur imposer des primes d'assurance

[80] Santé Canada, *Le système de soins de santé au Canada*, 1999, p. 2.
[81] *Ibid.*

particulièrement élevées pour compenser le risque (ce qui est de plus en plus d'usage aux États-Unis). De surcroît, dans un marché d'assurance privé, les personnes à faible revenu seraient soumises au même barème que les personnes à revenu élevé et, de ce fait, seraient appelées à assumer une part proportionnellement plus élevée des coûts des soins de santé. Mais, avant tout, les Canadiens ont accordé leur préférence à un régime d'assurance-santé public universel, mus par leurs valeurs de compassion, d'équité et de justice sociale.

> *Tous les pays industrialisés, à l'exception notoire des États-Unis, ont mis sur pied des régimes d'assurance-santé dans un but qu'ils ont tous en commun, soit de s'assurer que tous leurs citoyens ont accès à une gamme exhaustive de services de qualité supérieure en fonction de leurs besoins et non pas en fonction de leur capacité de payer. Voilà l'objectif de redistribution que partagent la plupart des pays industrialisés, à l'exception des États-Unis.*
>
> *Professeure Colleen Flood, University of Toronto (14:15)*

Par contraste, nos voisins du Sud se sont résolument tournés vers un système d'assurance santé privé. Le régime américain, peu importe la façon dont on en évalue les dépenses, est le plus onéreux du monde. Le système canadien, principalement financé par le secteur public, s'est révélé moins coûteux à administrer et plus rentable que sa contrepartie américaine. En fait, on estimait, il y a quelques années, dans le *New England Journal of Medicine*, que le Canada économisait un point de pourcentage de son PIB par rapport aux États-Unis grâce à son approche à « payeur unique ».

De plus, notre système d'assurance-santé et les principes nationaux énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé* – universalité, accessibilité, intégralité, transférabilité et administration publique – sont applaudis par les Canadiens.

Mythe : La *Loi canadienne sur la santé* a constitué un changement dramatique.

Réalité : La *Loi canadienne sur la santé* est une consolidation des lois antérieures sur l'assurance-hospitalisation (1957) et l'assurance médicale (1966). L'hon. Monique Bégin a signalé au Comité que la plupart des principes et des conditions énoncés dans la *Loi* existaient déjà dans les mesures législatives antérieures :

> [...] les cinq principes ou conditions de la *Loi canadienne sur la santé* [...] existaient dans les mesures législatives précédentes. [...] Il y avait à l'origine quatre principes. L'accessibilité était incluse comme découlant en quelque sorte de l'universalité, mais nous en avons fait une cinquième condition officielle. La loi a fusionné les deux lois précédentes, reprenant tout ce qu'elle pouvait de l'esprit et des conditions des lois précédentes[82].

Ce que la *Loi canadienne sur la santé* a introduit de nouveau est une mention explicite de l'accès gratuit et l'ajout de restrictions précises afin d'éviter des frais aux patients sous forme de frais modérateurs ou de surfacturation.

6.4 Mythes entourant la privatisation

Mythe : Un système de soins de santé à deux vitesses est une notion que tous perçoivent de la même façon.

> *S'il est une affirmation à laquelle souscriraient sans doute tous les chefs de parti engagés dans les élections fédérales actuelles, c'est bien celle qui figurait sur le carton aide-mémoire de Stockwell Day : « Pas de système de soins de santé à deux vitesses ». Pourtant, aucune autre question n'a autant soulevé les passions pendant cette campagne. Ce paradoxe est au cœur du problème : La notion de « système de soins de santé à deux vitesses » est ambiguë et comporte un aspect négatif qui en fait une arme politique opportune, mais elle ne dit rien des véritables intentions de ses utilisateurs en matière de politique. [traduction libre]*
>
> *Carolyn Hughes Tuohy, « Comment », Globe and Mail, 17 novembre 2000, p. A-23.*

Réalité : On entend presque chaque jour des affirmations contradictoires ou déroutantes au sujet d'un système de soins de santé à deux vitesses au Canada. Les politiciens, les fournisseurs de services de santé et même les experts du domaine de la santé ont des opinions fort différentes sur l'existence d'un système de soins de santé à deux vitesses au Canada parce qu'ils ont tous leur propre définition de cette notion.

Le plus souvent, l'expression « système à deux vitesses » désigne deux systèmes de soins de santé parallèles : un système entièrement financé par l'État et un système privé. Elle sous-entend un accès différent aux soins de santé selon qu'on a ou non la capacité de payer, et non pas selon le besoin qu'on a d'avoir recours à ces services. Ceux qui peuvent se permettre

[82] L'hon. Monique Bégin (16:8).

de payer peuvent également obtenir des soins plus rapidement ou de meilleure qualité, alors que le reste de la population continue d'avoir accès aux seuls soins de santé fournis dans le cadre du régime public.

Dans le secteur des soins de santé au Canada, toutefois, il existe diverses interprétations de la notion de système à deux vitesses :

- Pour certains, un système à deux vitesses est un système dans lequel les patients doivent payer des frais modérateurs pour avoir accès à des services médicalement nécessaires.
- Pour d'autres, un système à deux vitesses est un système dans lequel certains patients paient pour se faufiler en tête de file et recevoir plus rapidement des soins médicalement nécessaires.
- Pour d'autres encore, il s'agit de deux systèmes distincts et parallèles fournissant des services médicalement nécessaires. Un des systèmes est accessible et entièrement financé par l'État, alors que l'autre est entièrement privé et permet aux patients de payer pour être traités plus rapidement et différemment. Les deux systèmes se font concurrence pour fournir des services assurés par le régime public. Pour obtenir des soins de santé privés, les patients doivent cependant assumer personnellement la totalité des coûts ou se faire rembourser par leur régime d'assurance privée.
- D'autres pensent que, dans un système à deux vitesses, certains soins de santé sont offerts gratuitement à certains citoyens, mais que d'autres services ne sont offerts qu'à ceux qui peuvent les payer. Selon cette définition, le système actuellement en place au Canada pourrait sûrement être considéré comme un système à deux vitesses, puisque certains médicaments coûteux prescrits par un médecin ne sont pas payés par l'État et ne sont accessibles qu'à ceux qui peuvent les payer personnellement ou qui ont un régime privé d'assurance-médicaments.

Aux termes de la *Loi canadienne sur la santé,* tous les Canadiens doivent avoir accès aux services « médicalement nécessaires » d'hôpitaux et de médecins, selon leurs besoins et sans entrave de nature financière. La *Loi* cherche à dissuader les provinces d'exiger des frais modérateurs pour les services de santé assurés, et le gouvernement fédéral, pour les y inciter, diminue les transferts de fonds aux provinces qui autorisent cette pratique. La *Loi* n'interdit pas explicitement une médecine à deux vitesses (quelle que soit la définition qu'on donne à l'expression « deux vitesses »); elle cherche plutôt à dissuader les provinces d'emprunter cette

voie. C'est cette puissante mesure dissuasive qui a fait dire au Forum national sur la santé, dans son rapport de 1997, que le Canada a un système à une vitesse pour les services médicalement nécessaires d'hôpitaux et de médecins.

La *Loi canadienne sur la santé* ne s'applique cependant qu'aux services fournis par les hôpitaux et par les médecins. Tous les autres soins de santé sont soit financés en partie par l'État et en partie par le secteur privé, soit financés entièrement par le secteur privé. Il s'agit d'avantages additionnels comme les médicaments sur ordonnance, les services d'optométrie, les soins de longue durée et les soins à domicile ainsi que les chambres d'hôpitaux privées et semi-privées, les examens médicaux exigés par les assureurs, etc.

Certains services de santé depuis longtemps considérés comme la responsabilité du régime public sont maintenant offerts par le secteur privé. Il s'agit par exemple de services de diagnostic fournis par des cliniques d'imagerie par résonance magnétique dans certaines villes de certaines provinces (à savoir, le Québec et l'Alberta). Les patients peuvent y obtenir une scanographie à condition d'en assumer totalement le coût. L'un des dangers de ces cliniques privées est qu'elles offrent la possibilité à ceux qui peuvent se permettre de payer de passer devant tout le monde. Ces personnes obtiennent leur test de diagnostic plus rapidement et retournent ensuite au régime public en passant devant les patients qui attendent encore de subir ces tests. Le nombre de telles cliniques privées demeure limité, mais certains analystes affirment que leur seule présence est la preuve de l'existence d'un système à deux vitesses au Canada. D'autres soutiennent que la seule possibilité d'y avoir recours constitue à tout le moins un pas vers l'érosion graduelle du système de soins de santé financé par l'État et vers la prestation de services de santé de second niveau.

Il est également possible de s'adresser à d'autres établissements privés de soins de santé au Canada sans avoir été envoyé par un médecin ou sans qu'il y ait nécessité médicale. Ces établissements offrent des chirurgies d'un jour, comme l'extraction de cataractes, à titre entièrement privé. Le chirurgien n'est pas payé par le régime public de la province et le patient n'est pas non plus remboursé par ce régime. Les patients assument donc eux-mêmes la totalité des coûts, car la plupart des provinces n'autorisent pas l'existence d'assurances

privées pour des services de santé fournis par le régime public. Cette interdiction de détenir des assurances privées pour couvrir des services déjà couverts par le régime public d'assurance-santé vise à empêcher l'existence d'établissements privés offrant des services fournis gratuitement par les régimes provinciaux. En fait, certains prétendent qu'en autorisant les assureurs privés à concurrencer le régime public, on ouvrirait la porte à un système à deux vitesses au Canada.

La question de savoir si la prestation de soins de santé par le secteur privé pourrait contribuer à améliorer l'accès au régime public ou son efficacité mérite certes d'être soulevée. Une autre question importante est celle du droit de chaque Canadien d'offrir ou d'utiliser des solutions de rechange provenant du secteur privé à la place de ce qui est offert par le régime public. Ces questions sont fondamentales et doivent être débattues lors des discussions sur l'avenir du système canadien de soins de santé.

Mythe : En adhérant au principe du marché libre, nous remédierions au problème des longues listes d'attente et aux autres problèmes associés au système de soins de santé public.

Réalité : Les tenants de cette philosophie affirment qu'un marché libre permettrait de réduire le nombre d'inscrits sur les listes d'attente. Selon eux, les riches n'iraient pas alourdir les listes publiques puisqu'ils solliciteraient les services du système privé. Si on en croit cette théorie, les inscrits sur les listes d'attente auraient à patienter moins longtemps et obtiendraient plus rapidement les soins nécessaires.

On a fait valoir au Comité que l'introduction d'un système de soins privé risquerait de monopoliser un grand nombre de fournisseurs de soins de santé et, conséquemment, de causer une pénurie de professionnels de la santé dans le système public. Cette situation entraînerait probablement des listes d'attente publiques plus longues.

On a également indiqué au Comité que la prestation de soins de santé en vertu d'un système de libre marché s'avérerait plus coûteuse. Dans son exposé, le D[r] Mustard a en effet déclaré ce qui suit :

> Le point au cœur du débat est que le système de soins de santé résiste aux concepts du secteur productif ou rentable de la société [...] la privatisation des soins de santé n'augmente pas l'efficacité ni ne réduit les coûts. De récentes évaluations du système américain ont permis d'arriver à d'éloquentes conclusions. La conversion des hôpitaux à but non lucratif en hôpitaux à but lucratif s'est traduite par une hausse des dépenses en soins de santé dans la région affectée. Le retour au système de prestation de soins sans but lucratif a eu l'effet inverse, soit une diminution des dépenses en santé moyennes par habitant[83] [*Traduction libre*].

Mythe : Le système de soins de santé américain est financé à 100 % par le secteur privé.

Réalité : Selon les plus récentes données de l'OCDE, la part de l'investissement privé dans les dépenses totales en soins de santé aux États-Unis était de 55 % en 1998, alors que celle du secteur public était de 45 %. Lors de son témoignage, le professeur Mark Stabile, de l'Université de Toronto, a décrit comme suit les programmes Medicare et Medicaid, principaux régime d'assurance-santé publics des États-Unis :

> Tandis que la majorité des Américains adhère à des régimes privés d'assurance-santé, qui leur sont offerts principalement par leur employeur, un grand nombre d'Américains ont également droit à l'assurance publique. Aux États-Unis, les deux plus grands régimes d'assurance publique sont le programme Medicare, qui s'applique à tous les Américains de plus de 65 ans, de même qu'aux handicapés et aux Américains qui souffrent d'une insuffisance rénale permanente, et le programme Medicaid, qui s'adresse aux pauvres. Le programme Medicare est un programme fédéral, tandis que le programme Medicaid est géré par les différents États. Vingt-cinq pour cent des Américains affirment que Medicare ou Medicaid est leur source principale d'assurance-santé[84].

De plus, les systèmes Medicare et Medicaid américains prévoient des frais modérateurs et offrent une couverture moindre que le système canadien.

Mythe : La véritable solution de rechange au modèle canadien actuel de système de soins de santé est le modèle américain.

---

[83] Dr Fraser Mustard, *Myths, Beliefs, Values, Facts and Health Care*, mémoire présenté au Comité, p. 3.
[84] Mark Stabile (14:12).

Réalité : Plusieurs autres modèles méritent qu'on s'y attarde, en particulier ceux de l'Europe. Les systèmes de soins de santé peuvent être classés selon la façon dont ils sont organisés, financés, réglementés et déployés. À un extrême, on trouve les systèmes principalement financés et gérés par le secteur public, comme celui du Royaume-Uni, et à l'autre, les systèmes dits privés, principalement financés et déployés par le secteur privé, comme celui des États-Unis. Le système de soins de santé de la plupart des pays membres de l'OCDE est un hybride de systèmes publics et privés. On constate des distinctions parmi ces pays au chapitre de la part d'intervention des secteurs public et privé. Ainsi, dans certains pays, le secteur privé vient compléter le secteur public (par exemple, en Grande-Bretagne et en Australie). Ailleurs, certaines catégories de la population sont protégées par un régime d'assurance-santé public, alors que les autres doivent compter sur un régime privé (par exemple, aux États-Unis et en Allemagne). Les leçons que le Canada peut tirer des modèles de système de soins de santé offerts par d'autres pays de l'OCDE feront l'objet du rapport du Comité à la phase trois de la présente étude.

> *Il est intéressant de noter que, comme voisin de la nation où la majeure partie des coûts des soins de santé sont financés par le secteur privé, nous, en tant que consommateurs, n'écoutons pas ce que de nombreux Américains réfléchis essaient de nous dire au sujet des problèmes qui touchent leur système de soins de santé.*
>
> *Dr J. Fraser Mustard, mémoire au Comité, p. 3.*

6.5 Mythes entourant le recours aux soins de santé

Mythe : L'imposition de frais modérateurs permettrait de réduire le nombre de patients qui abusent du système de soins de santé.

Réalité : Certaines personnes sont d'avis que l'imposition de frais modérateurs limiterait l'utilisation non fondée (ou l'abus) par les patients, réduisant ainsi les dépenses en soins de santé. Or, selon plusieurs études, les frais modérateurs risquent d'inciter les patients à remettre à plus tard des visites chez le médecin qui peuvent être importantes pour leur santé, ce qui entrainerait des complications et, donc, un fardeau financier plus lourd pour le système de soins de santé. De plus, les études mettent en évidence le fait que les frais modérateurs peuvent avoir un effet dissuasif chez les personnes à faible revenu.

Martin Zelder, directeur de la recherche en politiques de santé au Fraser Institute et partisan des frais modérateurs, convient de l'effet dissuasif de ces frais chez les personnes moins bien nanties : « Oui, on décourage les gens à faible revenu de demander les soins qui amélioreront leur santé s'ils sont tenus de payer des frais modérateurs ou d'utilisation[85] ». Il suggère donc que des frais modérateurs soient perçus auprès de tous les particuliers à l'exception des personnes à faible revenu. Cette approche exigerait alors un examen des ressources financières des gens : « pour exempter les personnes à faible revenu du paiement des frais d'utilisation. Cet examen des ressources est nécessaire pour s'assurer qu'on ne leur cause pas de problèmes financiers[86] ».

> *En Nouvelle-Zélande, si vous allez voir votre médecin, c'est vous qui payez. Il y a des problèmes réels au niveau des conséquences. La mortalité infantile augmente. Il y a le problème d'accès pour les revenus faibles.*
>
> *Professeure Colleen Flood, University of Toronto (14:31)*

Toutefois, l'imposition d'un examen des ressources financières va à l'encontre des attentes et des valeurs des Canadiens. En ce qui a trait à l'incidence des frais modérateurs sur les dépenses globales en soins de santé, le professeur Evans a déclaré :

> Malgré les frais modérateurs élevés aux États-Unis, et malgré les frais modérateurs élevés pour les produits pharmaceutiques au Canada, ces coûts augmentent en fait plus rapidement que ceux du système public[87].

6.6 Mythes entourant l'état de santé de la population

Mythe : L'état de santé de la population s'améliore proportionnellement à la disponibilité des soins de santé.

Réalité : L'information présentée au chapitre 5 révèle clairement que la santé de la population est déterminée

> *Les dépenses de santé du secteur public, par habitant, sont plus élevées aux États-Unis qu'au Canada. Les États-Unis dépensent également plus dans le secteur privé, c'est-à-dire par le truchement des régimes d'assurance privés et des dépenses individuelles. Pourtant, les Canadiens font partie des gens les mieux en santé au monde, alors que les Américains se situent au vingt-cinquième rang du point de vue de l'espérance de vie.*
>
> *Dr. John S. Millar, v.-p., Recherche et analyse, ICIS (14:34)*

[85] Martin Zelder (12:39).
[86] Martin Zelder (12:40).
[87] Robert Evans (12:41-42).

par plusieurs facteurs autres que la seule prestation de services de santé. L'augmentation des investissements dans le système de soins de santé traditionnel ne se traduira pas systématiquement par une amélioration proportionnelle de l'état de santé de la population. Ec fait, il importe de ne pas miser excessivement sur la prestation de services de santé traditionnels comme principal moyen d'améliorer la santé de la population.

Il faut accorder davantage d'attention aux déterminants non médicaux qui contribuent à la bonne santé (p. ex. un bon revenu, le développement de la petite enfance, l'emploi, etc.), à l'élaboration de stratégies de lutte contre les risques pour la santé, la maladie et l'invalidité ainsi qu'à l'évaluation et à la mesure des résultats d'interventions sur la santé. Pour illustrer l'importance des autres facteurs pour la santé des Canadiens, le Dr McMurtry a fourni les exemples suivants[88] :

- Actuellement, le Canada enregistre chaque année 66 millions de jours d'absence de la main-d'œuvre. Soixante pour cent de ces absences sont liées au stress. La réduction du stress au travail pourrait non seulement améliorer la santé des Canadiens, mais encore augmenter indirectement notre productivité et alléger le fardeau financier imposé au système de soins de santé.
- Quatre-vingts pour cent des personnes de 65 et plus arrivent aux deux derniers rangs dans les sondages internationaux sur l'alphabétisation des adultes. Plus de la moitié d'entres elles ont du mal à comprendre leurs ordonnances.

L'investissement de ce côté recèle de meilleures promesses de retombées sur l'amélioration de la santé des Canadiens qu'un investissement comparable dans la prestation de soins de santé.

Mythe : La réforme des soins de santé est à l'origine d'une détérioration de la santé des Canadiens.

Réalité : L'état de santé des Canadiens, évalué d'après l'espérance de vie et les taux de mortalité, a continué à s'améliorer pendant la période de réforme. Dans son mémoire au Comité, le Dr Fraser Mustard a fait mention d'un rapport récent de l'OCDE, selon lequel

l'état de santé des Canadiens serait demeuré un des plus enviables malgré la réforme des années 90 :

> Les bouleversements qu'a pu connaître notre système de soins de santé ne nous ont pas désavantagés, du point de vue sociétal, par rapport aux autres pays[89] [traduction libre].

Mythe : La fermeture d'hôpitaux a compromis la santé des Canadiens.

Réalité : Chaque année, au cours des dix dernières années, le nombre de lits dans les hôpitaux a décliné au Canada. Ainsi, dans les régions rurales de la Saskatchewan, 53 petits hôpitaux ont été fermés ou convertis en centres sanitaires et 727 places ont été éliminées dans les hôpitaux de Winnipeg, au Manitoba. En dépit de ces coupures, l'état de santé général des populations affectées (évalué selon les taux de mortalité) a continué à s'améliorer et la qualité des soins (mesurée à l'aide d'indicateurs tels que la réadmission subséquente à un congé et le nombre de visites en salle d'urgence) ne s'est pas détériorée.

Mythe : Les Autochtones jouissent du même niveau de santé que les autres Canadiens.

Réalité : L'espérance de vie des Autochtones du Canada est inférieure d'au moins 5 ans à celle du Canadien moyen. L'écart est énorme. On estime que pour prolonger de cinq ans l'espérance de vie des Autochtones, il faudrait éliminer tous les décès causés par les maladies cardiovasculaires (la principale cause de décès) et pratiquement tous les décès associés au cancer (la deuxième cause)[90]. Bien que le problème puisse sembler insurmontable, le Comité a été informé d'un certain progrès :

> En moyenne, l'état de santé des populations autochtones, par rapport au reste de la population, est en train de s'améliorer. Les disparités sont importantes

---

[88] Dr Robert McMurtry (8:25).
[89] Dr J. Fraser Mustard, mémoire présenté au Comité, le 22 mars 2000, p. 2.
[90] ICIS, *Les soins de santé au Canada : Un premier rapport annuel*, p. 6.

> et continuent d'exister. Il ne fait pas de doute qu'il reste beaucoup à faire. Il est certain aussi que des améliorations importantes ont été réalisées[91].

Quoiqu'il soit apparent que l'état de santé général des Autochtones laisse à désirer, les causes de cette situation sont plus obscures. Les Canadiens autochtones ont moins de chance de terminer leurs études secondaires et courent un risque deux fois plus élevé de se trouver sous le seuil de faible revenu fixé par Statistique Canada[92]. Voilà qui pourrait aider à expliquer certains des facteurs contribuant à l'incidence plus marquée de problèmes de santé dans la population autochtone. Dans la phase deux de son étude, le Comité examinera les préoccupations des Canadiens autochtones en matière de santé dans l'espoir de mieux comprendre leurs besoins précis, de définir des interventions préventives et d'examiner la responsabilité fédérale.

6.7 Mythes entourant la nécessité d'un changement

Mythe : Le Canada est le seul pays du monde dont le système de soins de santé comporte des listes d'attente et des délais d'attente.

Réalité : C'est faux! À la séance que le Comité a organisée sur les systèmes de soins de santé d'autres pays, les spécialistes ont affirmé que le problème des listes d'attente était bien pire en Nouvelle-Zélande, au Royaume-Uni et dans d'autres pays où l'assurance privée fait concurrence au système public :

> Au Royaume-Uni et en Nouvelle-Zélande, où il existe ce régime d'assurance privé supplémentaire, qui, je le répète, est très différent de celui des Pays-Bas, les listes d'attente sont infiniment plus longues. En fait, en pourcentage de la population, elles sont cinq fois plus longues en Nouvelle-Zélande et trois fois au Royaume-Uni. C'est peut-être dû au fait que s'il existe un tel régime d'assurance privée, la classe moyenne et les bien nantis ne sont pas incités à exercer des pressions pour que le régime public soit amélioré[93].

---

[91] Abby Hoffman (13:10).
[92] Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*, 1999, pp. 34 et 41.
[93] Colleen Flood (14:19).

Mythe : Le système de soins de santé du Canada est complètement déréglé.

Réalité: Le système de soins de santé n'est pas complètement déréglé, il subit actuellement une transformation nécessaire. Les témoins ont fait mention de la nécessité de trouver des moyens de cesser de nous préoccuper du maintien du statu quo et d'un système de soins de santé dont les fondations ont été jetées il y a quelque cinquante ans. On nous a expliqué qu'en dépit de toutes ses qualités, notre système n'est plus adapté aux besoins actuels et futurs de notre société.

Le fait est que les soins peuvent maintenant être dispensés par une plus grande variété de professionnels de la santé. De plus, les soins peuvent être prodigués dans des contextes plus variés – non seulement dans les hôpitaux, mais aussi au domicile et au sein de la communauté. On voit émerger de nouvelles technologies qui réduisent, voire éliminent, certaines interventions chirurgicales.

Le système de soins de santé canadien a été élaboré à la fin des années 60 et au début des années 70. Les temps ont beaucoup changé en ce qui concerne l'administration et la prestation des services de santé. Ces changements doivent être intégrés aux fondements du système de soins de santé. Justifier le maintien du statu quo par l'efficacité du système de soins de santé au cours des quarante premières années de son existence ne résiste pas à l'examen.

Mythe : Le système de soins de santé doit être remanié de fond en comble.

Réalité : C'est faux! Le système actuel a beaucoup d'aspects positifs, notamment la confiance qu'il inspire au public. En effet, les malades et les blessés savent qu'ils peuvent accéder relativement facilement à toute une gamme de services de qualité qui leur permettront de recouvrer la santé. D'ailleurs, le public a tout lieu d'avoir confiance. Les professionnels, les établissements et les organismes de santé du Canada ont à cœur l'intérêt du public. Nous devons optimiser les qualités du système tout en nous ouvrant à des

possibilités toutes nouvelles. En d'autres termes, bien que notre système de soins de santé ait besoin d'être réformé, il n'est pas nécessaire de le transformer complètement.

Mythe : Pour maintenir l'intégrité du système, il faut que le gouvernement fédéral y injecte d'importantes sommes d'ici les 12 à 24 mois.

Réalité : L'injection de fonds est essentielle, mais il est tout aussi important de doter notre système de soins de santé d'une vision d'avenir. C'est ainsi que nous pourrons orienter les investissements vers une nouvelle trajectoire, plutôt que simplement les utiliser pour revenir à la case de départ. Le Dr Robert McMurtry a souligné que :

> les principes fondamentaux sous-tendant la *Loi sur les soins médicaux* de 1966, énoncés en 1966, sont toujours valables. En revanche, ce qui nous manque, c'est une vision unificatrice de l'avenir. Il me semble que c'est quelque chose d'impératif si nous voulons réaliser des progrès[94].

La récente entente fédérale-provinciale sur le renouvellement des soins de santé marque une étape importante de la progression vers une vision commune fondée sur des principes partagés et l'engagement de collaborer. Les gouvernements ont convenu de collaborer sur de nombreux plans importants, notamment :

- améliorer l'accès en temps opportun aux services de santé, et leur qualité;
- renforcer les investissements dans l'éducation sanitaire et les stratégies pour prévenir la maladie;
- accélérer la réforme des soins primaires;
- renforcer l'investissement dans les soins à domicile et les soins communautaires;
- investir dans les technologies d'information et de communication relatives à la santé, ainsi que dans l'équipement et de nouvelles technologies et installation relatives aux soins de santé;
- mesurer et surveiller le rendement des services de santé et en faire rapport[95]

---

[94] Dr Robert McMurtry (8:21).
[95] Réunion des premiers ministres, *Communiqué sur la santé*, 11 septembre 2000 (affiché à l'adresse www.scics.gc.ca).

6.8 Mythes entourant les fournisseurs de soins de santé

Mythe : La rémunération à l'acte est le seul modèle qui satisfera les médecins.

Réalité : La plupart des médecins du Canada tirent leur revenu d'un système de rémunération à l'acte. Toutefois, tout porte à croire que les médecins préféreraient un autre modèle de rémunération. Un sondage réalisé en 1999 par l'Association médicale canadienne a révélé que seulement 33 % des répondants préfèrent la rémunération à l'acte. Vingt et un pour cent ont indiqué préférer un salaire, alors que moins de 1 % optent pour le paiement par capitation. Quelque 35 % ont exprimé une préférence pour une rémunération mixte (p.ex. conjugaison de la rémunération à l'acte et du paiement par capitation). Selon les données d'un récent rapport de l'ICIS, le pourcentage de médecins rémunérés par un système autre que celui de la rémunération à l'acte varie actuellement selon les provinces de 2 % à 53 % (en Alberta et au Manitoba, respectivement).

Le système de rémunération à l'acte présente des inconvénients. Le Comité a appris de Graham Scott, ancien sous-ministre de la Santé de l'Ontario, que :

> Les médecins de famille rémunérés à l'acte gagnent suffisamment bien leur vie en pratiquant de 9 heures à 17 heures dans un cabinet sans devoir entretenir des liens avec un hôpital ni assumer les responsabilités que cela implique.
>
> Mais le barème d'honoraires ne leur assure un bon revenu que s'ils ont beaucoup de patients et des délais d'exécution courts. Pour gagner beaucoup, ils doivent donc ne traiter que les cas assez simples. Les patients présentant des cas lourds sont aiguillés vers des spécialistes ou les services d'urgence des hôpitaux. Comme ces médecins ne font que du « 9 à 5 », même leurs patients, s'ils ont besoin d'eux après 17 heures, doivent se rendre à l'hôpital, quelle que soit la gravité de leur cas[96].

Mythe : Le rôle des infirmières et infirmiers demeure ce qu'il a toujours été, soit de prêter main-forte aux médecins dans les hôpitaux ou les cliniques.

---

[96] Graham W. S. Scott, mémoire présenté au Comité, juin 2000, p. 7.

Réalité : La profession d'infirmière et d'infirmier a connu une transformation fondamentale au cours des années. Les infirmières et infirmiers d'aujourd'hui contribuent à tous les points de prestation des soins de santé : les hôpitaux, les établissement privés et les communautés. Au Canada, au moins 12 000 infirmières et d'infirmiers ont un certificat de spécialisation[97] et mettent leurs connaissances à profit au sein d'une équipe spécialisée. Ils jouent un rôle essentiel d'intégration et de communication auprès des patients et de leurs familles.

Lors de son témoignage, Graham Scott a indiqué que les infirmiers et infirmières jouissent maintenant de la reconnaissance professionnelle que commandent leurs compétences. Par exemple, dans certains hôpitaux universitaires ou grands hôpitaux communautaires, ils sont considérés davantage comme partie intégrante de l'équipe de soins que comme des adjoints ou du personnel d'appoint. Cela contraste vivement avec la hiérarchie traditionnelle, selon laquelle seul le médecin prend les décisions.

On a informé le Comité que, malgré les importants progrès réalisés dans le secteur des soins infirmiers, la profession doit actuellement composer avec des enjeux qui risquent d'affecter l'intégrité du système de soins de santé. De toutes les catégories professionnelles, ce sont les infirmières et les infirmiers qui prennent le plus de journées de congé et qui ont le plus d'accidents du travail et de maux de dos[98]. L'âge moyen des infirmières et infirmiers est de 45 ans, ce qui veut dire que ces personnes prendront probablement leur retraite d'ici les 10 à 15 prochaines années. De plus, 50 % des infirmières et infirmiers ne travaillent pas à temps plein et plusieurs ont deux, trois, voire quatre employeurs[99].

---

[97] Mary Ellen Jeans (8:21).
[98] Dr. John S. Millar (14:5).
[99] Mary Ellen Jeans (8:21).

CONCLUSION

Le présent rapport constitue l'étape finale de la phase un de l'étude sur les soins de santé entreprise par le Comité. Il s'agit d'une synthèse des témoignages entendus entre mars et septembre 2000. Les propos qu'il contient sont également inspirés de documents soumis au Comité ou portés à son attention.

Dans la phase un, le Comité a été sensibilisé aux origines de l'assurance-santé publique au Canada et à son état actuel. Nous comprenons maintenant mieux le rôle du gouvernement fédéral dans le secteur des soins de santé pour ce qui est du financement et de l'application de la *Loi canadienne sur la santé*. Nous avons une idée plus précise des opinions des Canadiens sur le système de soins de santé et les politiques en matière de soins de santé. Nous avons obtenu beaucoup de renseignements sur les dépenses en soins de santé et sur l'état de santé des Canadiens. Nous savons aussi ce qu'il en est des dépenses du Canada en matière de soins de santé par opposition à celles d'autres pays et comment l'état de santé des Canadiens se compare à celui d'autres peuples.

Armés de ce trésor d'information, nous avons tenté de donner l'heure juste à ceux qui débattent du système de soins de santé au Canada en distinguant le mythe de la réalité. Nous espérons que le présent rapport constituera un outil de référence utile à tout groupe ou particulier désirant participer aux prochaines étapes de l'étude du Comité.

Les prochaines étapes

La phase deux de l'étude, qui sera amorcée en mars 2001, vise à permettre au Comité de se familiariser avec l'ensemble des facteurs actuels et éventuels qui contribueront à amener un changement au sein du système de soins de santé. Le Comité y explorera les répercussions, pour le système de soins de santé canadien, des éléments suivants :

- le vieillissement de la population et les exigences croissantes imposées au système si les tendances passées et présentes se maintiennent;

- la population autochtone croissante et ses besoins précis au chapitre de la santé, compte tenu de l'incidence supérieure, chez ce groupe, de troubles tels que le syndrome de l'alcoolisme fœtal, le VIH/sida, la tuberculose, le diabète, les lésions corporelles et les maladies chroniques;
- les progrès technologiques, notamment en pharmacologie, pouvant affecter l'organisation, la prestation et les coûts des soins de santé et soulever des problèmes d'efficacité et d'éthique;
- l'apparition de nouvelles maladies et le retour en force d'« anciennes » maladies susceptibles d'exiger des thérapies et des traitements onéreux;
- les attentes des patients et des fournisseurs de soins, qui peuvent entraîner un abus des services ou une prestation indue de services;
- l'incidence de la recherche en santé, recherche qui est un élément crucial du système. Le système de soins de santé du Canada reposera de plus en plus sur l'information scientifique relative aux facteurs biologiques et sociaux qui nuisent à la santé, ainsi que sur des données objectives relatives à la santé et aux soins. Par exemple, l'identification de quelque 30 000 gènes qui déterminent notre vulnérabilité à la maladie marquera une révolution qui pourrait transformer la recherche en santé et le système de soins[100];
- la nécessité de données sur la santé suffisantes et comparables pour étayer des décisions judicieuses quant à l'affectation de ressources et à la prestation de soins;
- la préoccupation croissante quant à la charge de travail, au stress et au vieillissement de nos fournisseurs de soins. La planification des ressources humaines dans le secteur de la santé est une démarche complexe qui doit tenir compte à la fois des besoins de la population et de ceux des professionnels de la santé;
- les enjeux propres aux régions rurales et aux régions éloignées en ce qui a trait à la santé;
- le rôle prophylactique de la promotion d'habitudes de vie saines;
- l'incidence des troubles de santé mentale au sein de la société canadienne et ses répercussions sur la prestation de soins.

[100] La technologie des cellules souches illustre bien aussi les répercussions possibles de la recherche sur la santé et les soins. Récemment, des chercheurs en médecine de l'Alberta ont réalisé des percées remarquables. Ils ont prélevé des cellules saines d'un pancréas fonctionnant normalement et les ont implantées dans un diabétique tributaire d'injections d'insuline. Des mois après l'intervention, le patient n'a toujours plus besoin d'injections. Non seulement il n'aura plus à acheter d'insuline durant sa vie, mais il risquera beaucoup moins de souffrir des complications du diabète, comme de perdre la vue ou de développer des problèmes cardiaques. Cette percée améliore la qualité de vie et pourrait épargner le coût des soins que nécessitent la maladie et ses complications.

La phase deux de l'étude sera axée sur la rentabilité et la viabilité, et aboutira à la rédaction d'un rapport sur les principaux facteurs qui influenceront le système de soins de santé du Canada au cours des 25 prochaines années. Ce rapport devrait être déposé en juin 2001.

Dans la phase trois de l'étude, les membres du Comité se pencheront sur les expériences d'autres pays. Ils obtiendront des renseignements et des analyses tout récents grâce à une série de vidéoconférences. Ponctuées d'interventions d'experts et de professionnels du Canada, les audiences permettront aux membres du Comité :

- d'examiner les systèmes de soins de santé de certains pays, y compris leurs objectifs et leurs principes, et leur méthode de prestation;
- de comparer les pays choisis entre eux et avec le Canada;
- d'étudier les forces et les faiblesses des principales approches.

La phase trois de l'étude se conclura par un rapport rendant compte de l'évolution des systèmes d'autres pays et des conclusions tirées de la comparaison. Ce rapport devrait être prêt en juin 2001.

Dans la phase quatre, le Comité s'inspirera des conclusions des trois premières phases de l'étude pour proposer des options stratégiques relatives au système de soins de santé canadien. La démarche aura deux volets connexes :

- définir un cadre de principes et d'objectifs fondamentaux;
- identifier des options pour la réalisation de ces principes et objectifs.

Le rapport de la phase quatre comprendra un énoncé des options stratégiques destiné à servir de point de départ pour les audiences publiques. Ce rapport devrait paraître en octobre 2001.

Au cours de la phase cinq de son étude, la dernière étape, le Comité organisera de vastes audiences publiques sur l'énoncé d'options stratégiques produit au terme de la phase quatre. Les témoins seront invités à se prononcer sur les points suivants :

- le cadre proposé de principes et d'objectifs;
- les forces et les faiblesses des options proposées par le Comité ainsi que toute autre suggestion qui mérite attention;
- l'option ou les options souhaitables.

Dans le rapport de la phase cinq, le Comité résumera les principales constatations qu'il aura faites à la lumière des audiences publiques et énoncera l'option ou les options qu'il préconise ainsi que ses recommandations. La date prévue de diffusion de ce rapport est mars 2002.

ANNEXE A - LISTE DES TÉMOINS

(2e session, 36e législature)

NOM	ORGANISATION	DATE DE COMPARUTION
Raisa Deber, *professeure*	Université de Toronto, faculté de l'administration de la santé	2 mars 2000
Dr. Robert McMurtry, *chaire G.D.W. Cameron*	Santé Canada	2 mars 2000
Sharon Sholzberg-Gray, *coprésidente*	Groupe d'intervention action santé (HEAL)	2 mars 2000
Mary Ellen Jeans, *coprésidente*	Groupe d'intervention action santé (HEAL)	2 mars 2000
Sholom Glouberman, *directeur, Réseau de la santé*	Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques	22 mars 2000
Dr. Fraser Mustard	Founder's Network	22 mars 2000
Scott Evans, *consultant principal en statistique*	Goldfarb Consultants	22 mars 2000
Chris Baker, *vice-président*	Environics Research Group	22 mars 2000
Wendy Watson-Wright, *directrice générale, Direction des politiques et des projets majeurs – Direction générale de la promotion et des programmes de la santé*	Santé Canada	23 mars 2000
Sylvain Paradis, *gestionnaire intérimaire, groupe des politiques, Direction des politiques et des projets majeurs, Section de l'analyse quantitative et de la recherche – Direction générale de la promotion et des programmes de la santé*	Santé Canada	23 mars 2000
Liz Kusey, *analyste des politiques, Direction des politiques et des projets majeurs – Direction générale de la promotion et des programmes de la santé*	Santé Canada	23 mars 2000

Monique Charon, *directrice intérimaire, Politiques des programmes et planification, Division des politiques des programmes, du Secrétariat du transfert et de la planification – Direction générale des services médicaux*	Santé Canada	23 mars 2000
Robert G. Evans, *directeur, Programme sur la santé de la population*	Université de la Colombie-Britanique	6 avril 2000
Colleen Fuller, *attachée de recherche*	Centre canadien de politiques alternatives	6 avril 2000
Martin Zelder, *directeur de la recherche sur les politiques de santé*	Fraser Institute	6 avril 2000
Cliff Halliwell, *directeur général, Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité*	Santé Canada	3 mai 2000
Abby Hoffman, *conseillère principale en politique*	Santé Canada	3 mai 2000
Frank Fedyk, *directeur par intérim, Division de la Loi canadienne sur la santé, Direction des affaires intergouvernementales, Direction générale des politiques et de la consultation*	Santé Canada	3 mai 2000
Tom Kent	À titre individuel	4 mai 2000
Michael Bliss, *président*	Université de Toronto	4 mai 2000
Ake Blomqvist, *professeur*	Université de l'Ouest de l'Ontario	10 mai 2000
Colleen Flood, *professeure*	Université de Toronto	10 mai 2000
Mark Stabile, *professeur*	Université de Toronto	10 mai 2000
Dr. John S. Millar, *vice-président, Recherche et analyse*	Institut canadien d'information sur la santé	11 mai 2000
Margaret Somerville, *professeure*	Université McGill	11 mai 2000
Laura Shanner, *professeur*	Université de l'Alberta	11 mai 2000

L'honorable Marc Lalonde, *C.P.*	À titre individuel	17 mai 2000
L'honorable Monique Bégin, *C.P.*.	À titre individuel	31 mai 2000
Guillaume Bissonnette, *directeur principal, Direction des relations fédérales-provinciales et de la politique sociales*	Ministère des Finances	7 juin 2000
Barbara Anderson, *directrice, Division des relations fédérales-provinciales et de la politique sociale*	Ministère des finances	7 juin 2000
Graham Scott, *ancien sous-ministre de la Santé, province de l'Ontario*	À titre individuel	21 septembre 2000